

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Sociální práce

Studijní obor: Sociální pracovník

Kód oboru: 7502R022

Název bakalářské práce:

SOCIALIZACE DOSPĚLÝCH MENTÁLNĚ RETARDOVANÝCH JEDINCŮ

THE SOCIALIZATION OF MENTALLY DISTURBED ADULTS

Autor:
Denisa Svobodová
Na Náspu 170/ 3
407 46 Krásná Lípa

Podpis autora: _____

Vedoucí práce: Mgr. Květuše Sluková

Počet:

stran	obrázků	tabulek	grafů	zdrojů	příloh
72	3	2	0	12	1 + 1 CD

CD obsahuje **celé** znění bakalářské práce.

V Liberci dne:30.4.2007

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení:	Denisa Svobodová
Adresa:	Na Náspu 170/3, 407 46 Krásná Lípa
Studijní program:	Sociální práce
Studijní obor:	Sociální pracovník
Kód oboru:	7502R022
Název práce:	SOCIALIZACE DOSPĚLÝCH MENTÁLNĚ RETARDOVANÝCH JEDINCŮ
Název práce v angličtině:	THE SOCIALIZATION OF MENTALLY DISTURBED ADULTS
Vedoucí práce:	Mgr. Květuše Sluková
Termín odevzdání práce:	30.04.2007

Bakalářská práce musí splňovat požadavky pro udělení akademického titulu „bakalář“ (Bc.).

.....
vedoucí bakalářské práce

.....
děkan FP TUL

.....
vedoucí katedry

Zadání převzal (student): Denisa Svobodová

Datum: 28. 01. 2006

Podpis studenta:.....

Cíl práce:

Možnosti začlenění dospělých mentálně retardovaných jedinců do majoritní společnosti.

Základní literatura:

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.

MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-559-8.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: Dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne: 4. 4. 2007

Podpis.....

Poděkování:

Velice děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Květuši Slukové za odborné vedení, velice cenné rady a konzultace, které mi poskytla při zpracování bakalářské práce. Dále děkuji kolektivům jednotlivých ústavů sociální péče za jejich čas a rady.

V neposlední řadě patří můj dík mé rodině za toleranci a trpělivost při tvorbě bakalářské práce.

Denisa Svobodová

Název bakalářské práce: SOCIALIZACE DOSPĚLÝCH MENTÁLNĚ
RETARDOVANÝCH JEDINCŮ

Název bakalářské práce: THE SOCIALIZATION OF MENTALLY DISTURBED
ADULTS

Jméno a příjmení autora: Denisa Svobodová

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2007

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Květuše Sluková

Resumé:

Bakalářská práce se zabývala problematikou integrace mentálně postižených dospělých jedinců do společnosti. Jejím cílem bylo zjistit, jak se některé ústavy sociální péče v České republice zhostily integrace osob s mentálním postižením do majoritní společnosti. Zda jde o skutečnou integraci, pokus o integraci, nebo zda stále v ústavech přetrvává fenomén segregace a nerespektování autonomie klienta s mentálním postižením. Práci tvořili dvě stěžejní části. Konkrétně se jednalo o část teoretickou, která vysvětluje základní pojmy vztahující se k problematice mentálního postižení. Praktická část zjišťovala pomocí pozorování a rozhovoru jak probíhá integrace klientů v některých ústavech ve Šluknovském výběžku. Zjištěné informace byly použity ke stanovení závěru a k návrhu opatření.

Klíčová slova:

integrace, mentální retardace, socializace, demence, ústavní péče, chráněné dílny, chráněná bydlení, postižení

Zkratky:

MR: mentální retardace, MKN: mezinárodní klasifikace nemocí, IQ: inteligenční kvocient, ÚSP: ústav sociální péče

Title of Bachelor's work: THE SOCIALIZATION OF MENTALLY DISTURBED
ADULTS

Name of the author: Denisa Svobodová

Academic year: 2007

Director of Bachelor's work: Mgr. Květuše Sluková

Resumé:

Bachelor's work was concerning the issue of integration of mentally disturbed adults back into society. The aim was to find out, how some Service Work Homes dealt with integration of mentally handicapped into major society. If they achieved real integration, attempts for integration or if the phenomenon of segregation and disrespect for autonomy of mentally handicapped clients remain present. The work was comprised of two main parts. The theoretical part explained basic terms concerning the issue of mental disability. The practical part found out through observation and interviews how the integration is dealt with in some Service Work Homes in Sluknov region. Gathered information were used to establish the conclusion and suggestion for measures.

Key words:

integration, mental retardation, socialization, demention, service home work, sheltered workshops, sheltered homes, handicaped

Abbreviations:

MR: mental retardation, MKN: international classification of disease, IQ: intelligence quotient, ÚSP: service work home

OBSAH

1 Úvod.....	9
2 Socializace mentálně retardovaných jedinců	11
2.1 Socializace.....	11
2.2 Druhy socializace.....	12
3 Sociální učení.....	13
3.1 Formy sociálního učení.....	13
4 Mentální retardace	14
5 Downův syndrom	15
6 Demence.....	16
7 Pseudooligofrenie	17
8 Příčiny mentálního poškození	18
8.1 Mentální retardace.....	18
8.2 Demence	20
9 Psychologická charakteristika mentální retardace	20
9.1 Porucha myšlení, řeči a učení.....	21
9.2 Porucha řeči.....	22
9.3 Porucha učení.....	22
9.4 Nápadnosti emočního prožívání a odlišnost motivace.....	23
9.5 Nápadnosti v chování mentálně postižených a jejich význam	26
9.6 Osobnost mentálně postiženého	27
10 Klasifikace a charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace.....	28
11 Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace	29
11.1 Lehká mentální retardace (F70).....	29
11.2 Středně těžká mentální retardace (F71)	30
11.3 Těžká mentální retardace (F72).....	31
11.4 Hluboká mentální retardace (F73)	32
11.5 Jiná mentální retardace (F78).....	33
11.6 Nespecifikovaná mentální retardace (F79)	33
11.7 Postižení sluchové.....	34
11.8 Postižení tělesné	34

11.9 Postižení zdravotní	34
12 Četnost mentálně postižených v populaci	34
13 Ústavní péče o lidi s mentálním postižením	35
13.1 Sociální služby a jejich formy s platností od ledna 2007	37
14 Cíle, předpoklady a metody šetření.....	41
15 Stav ve vybraných ústavech sociální péče.....	42
15.1 Ústav sociální péče Horní Poustevna	42
15.2 Ústav sociální péče Brtníky.....	47
15.3 Ústav sociální péče Česká Kamenice.....	53
16 Postoj společnosti k mentálně retardovaným	58
16.1 Rozdělení společnosti.....	58
16.2 Posměváčci	58
16.3 Ignoranti.....	58
16.4 Pozorovatelé.....	59
16.5 Litující	59
16.6 Zdravá skupina	60
16.7 Pohled z hlediska terapeuta.....	60
16.8 Obecné projevy postižených.....	61
17 Postižení ve společnosti.....	61
18 Postižení v ústavech	62
19 Shrnutí.....	62
20 Závěr	66
21 Návrh opatření	69
22 Seznam použitých informačních zdrojů.....	72

TEORETICKÁ ČÁST

1 Úvod

Lidé s mentálním postižením tvoří specifickou skupinu mezi občany se zdravotním postižením. Přestože je tato skupina zároveň jednou z nejpočetnějších mezi postiženými, ví se toho o těchto lidech poměrně málo. „Normální“ lidé mívají o mentálně postižených nejasné a zkreslené představy, které jsou navíc často zatíženy předsudky a neopodstatněnými obavami. Někteří lidé se stále ještě domnívají, že všichni postižení lidé by měli být „odklizeni“ do specializovaných zařízení, aby nebyli ostatním, kteří jsou zdraví a „normální“ na očích.

Zřejmě bude ještě nějaký čas trvat, než převažující část společnosti pochopí, že je běžné, že určitá část populace bývá odlišná od společenského průměru, ať už mimořádným nadáním nebo různými formami postižení. I s odlišnými jedinci by se společnost měla naučit komunikovat a žít. K tomu je třeba si uvědomit značnou diferenciaci těchto lidí a jejich potřeb. Rozdíly v mentální úrovni jednotlivců s mentální retardací jsou značné. Jako osoby s mentálním postižením jsou označováni lidé s lehkou mentální retardací, kteří jsou schopni dokončit školu, vyučit se i založit vlastní rodinu. Na druhé straně tohoto spektra jsou lidé s hlubokým postižením, kteří jsou prakticky ve všech svých potřebách odkázáni na cizí pomoc. Nejsou schopni se sami najíst, jsou inkontinentní, nejsou schopni samostatného pohybu ani komunikace s okolím. Mezi těmito dvěma krajními skupinami leží celá škála šíře a hloubky postižení a každý jednotlivý člověk je v něčem odlišný. Každý člověk je individualita a tak by se k němu mělo přistupovat.

Narození mentálně postiženého dítěte je velmi traumatizující událost. Někteří autoři zejména narození těžce mentálně postiženého dítěte považují za jednu z psychicky nejbolestivějších situací, která může člověka v životě potkat. Většina lidí ve svém dítěti již před narozením vidí pokračovatele sebe sama a celého svého rodu, dědice všech svých schopností a dobrých vlastností. Lidé do dětí vkládají své naděje, očekávají od nich naplnění smyslu svého života.

Poznání rodičů, že s jejich dítětem „není něco v pořádku“, pro ně znamená velký šok. Radost a naději zpravidla vystřídá úzkost, strach, obavy, pocit studu a někdy i pocit viny za to, že právě jejich dítě není takové jako ostatní. Člověk se musí protřpět pocitem křivdy nad narozením postiženého dítěte. Nakonec by rodiče měli najít sílu přijmout dítě takové, jaké je, a snažit se je vést a vychovávat tak, aby jeho život byl co nejšťastnější, nejpřirozenější, nejlidštější.

Před rokem 1989 se u nás život v nejrůznějších ústavech pro postižené řídil takovými směrnicemi, které porušovaly lidská práva svěřenců. Byla to doba, kdy se za standardní považoval názor, že člověk s mentálním postižením „patří“ do ústavu. Rodiče, kteří se rozhodli, že si své dítě ponechají doma a budou o ně pečovat sami, byli svým okolím považováni za podivíny, kteří jsou ochotni kvalitu svého života obětovat mentálně postiženému dítěti, z kterého „stejně nikdy nic nebude“.

Nepochopitelné však je, že k porušování lidských práv dochází v ústavech i v současné době, kdy hlavními trendy v péči o postižené spoluobčany je jejich integrace, normalizace (=žití normálním životem) a humanizace. Skutečností ale je, že současné, zejména velké ústavy sociální péče stále poskytují péči do značné míry nehumánní, působí represivně, segregačně a nerespektují základní lidská práva svých klientů, včetně jejich ústavou garantovaného práva na vzdělání.

Cílem práce je zjištění, jak se některé ústavy sociální péče v České republice zhostily integrace osob s mentálním postižením do majoritní společnosti. Zda jde o skutečnou integraci, pokus o integraci, nebo zda stále v ústavech přetrvává fenomén segregace a nerespektování osoby s mentálním

postižením jako samostatné lidské bytosti. V práci půjde o zjištění zda ústavy sociální péče pečují o svěřence nebo zda poskytují sociální služby klientům, kteří jsou v ústavech ubytováni. Jako vzorek byly pro práci použity tři ústavy sociální péče v České republice. Práce by měla poukázat i na postoj společnosti k mentálně postiženým osobám.

2 Socializace mentálně retardovaných jedinců

Socializace nebo-li zespolečnění. Socializace je postupné začleňování jedince do společnosti prostřednictvím nápodoby a identifikace, zprvu v nukleární rodině, dále v malých společenských skupinách, jako je školní třída, zájmový klub, sportovní družstvo, až po zapojení se do nejširších celospolečenských vztahů. Součástí socializace je přijetí základních etických a právních norem dané společnosti.

Dle Freuda se socializace odehrává ve stádiích

- a) orální – v popředí je sání, dumlání a jiné orální aktivity
- b) anální – v popředí je vyměšování
- c) oidipovské – konflikt s otcem, matkou

2.1 Socializace

Nebo-li zespolečnění. Jedinec si osvojuje projev chování a jednání, které v dané společnosti platí.

- Ontogenetická - vyrůstá tak, jak společnost stanovila normy. Mechanické vrůstání do společnosti.

1. *Tělesný kontakt*

primární mechanismus do 0,5 roku

2. *Neverbální projevy*

gesta

mimika

pantomimika

nás připravují do společnosti do doby než začne verbální komunikace

(1rok)

3. *Verbální podoba*

řeč, jazyk

bud' ve formě – mluvené

psané

symbolické komunikaci (prst před pusou = ticho)

nejčastěji užívaná

- Filogenetická (z historického hlediska lidstva)

= *sapientizace (umoudření)*

činitelé, které přispěly k sapientizaci:

1. *Práce* - záměrně upravuje své okolí, prostředky

2. *Vznik lidské řeči*

3. *Vznik lidského vědomí*

2.2 Druhy socializace

- integrace (úplné začlenění do společnosti) – snaha o začleňování sociálně nebo zdravotně znevýhodněných lidí do společnosti, včetně pracovního začlenění. Je to široce uznávaný ideál novodobé sociální práce – opak sociálního vylučování, s nímž se hendikepovaní setkávali a dosud často setkávají. L.Novosad rozlišuje asimilační a adaptační směr. Integrace asimilační znamená, že hendikepovaná menšina by se měla snažit přizpůsobit nehendikepované většině a v maximální míře s ní splynout. Náзор zdůrazňující adaptaci považuje integraci za společný problém majority i minority. Mezi hendikepovanými a nehendikepovanými má vzniknout partnerský vztah, který se stává pro obě strany významnou hodnotou.
- adaptace (přizpůsobení) – obecná vlastnost organismů přizpůsobovat se podmínkám, ve kterých existují. Sociální adaptace je posun k němuž dochází v sociálních, psychologických či kulturních rysech jedince po přechodu do nového prostředí. B. F. Skinner doporučuje starším lidem, kterým ubíhá život v nudné rutině, změnu prostředí, přestěhování,

nutnost navazovat nové vztahy, nové sociální role. Nové orientace v novém prostředí vybudí novou aktivitu jedince.

- utilita – užitečnost, funkčnost. Jedinec něco pro společnost udělá, ale potřebuje dohled..
- inferiorita – „nižší než užitečný“, jedinci, kteří potřebují veškerou pomoc společnosti.¹⁾

3 Sociální učení

Proces, jak se dospěje k socializaci. Výsledkem je osvojení typických lidských projevů. Základem je podmiňování (utváření dočasných spojů)

3.1 Formy sociálního učení

1. *Přímé posilování* - nejdelší, velmi zdlouhavé, musí se opakovat, ale výsledky jsou většinou kladné. Podstatou je, že po žádoucích projevech je jedinec odměňován, po nežádoucích projevech je trestán (negativní hodnocení).

Odměna – pochvala

pohlazení + úsměv

věcná cena

vyjádření souhlasu

prominutí trestu

Trest – fyzický

zákaz

pokárání

nesouhlas

¹⁾ MICHALOVÁ, Z., *Speciální pedagogika 1. díl, Terminologická vymezení*. 1. vyd. Liberec: TUL, 2006. ISBN 80-7372-109-0.

zamračení, odvrácení

vede k posílení nebo vyhasnutí spoje

2. *Nápodoba* - není spojena s uvědomováním. Jde o nezáměrné neúplné opakování vzoru. Nevýhodou je, že dochází k nápodobě i nežádoucích, nevhodných věcí. Vliv na to, co napodobují mají citové vazby (hlavně kladné) mezi vzorem a napodobujícím. Obsah nápodoby nemusí být vždy slučitelný s normami.
3. *Identifikace (ztotožnění)* – kopírování vzoru, vždy a všude „chci být úplně stejný“. Jde o jednání záměrné, uvědomělé. Tento jev se objevuje se mezi 4 a 5 rokem. Projevy vzoru nemusí být shodné s normami v dané společnosti.
4. *Verbální* - spoje se posilují pomocí metod. Například pomocí jazykového projevu – vysvětlení, poučení

Stupně rozumových schopností ovlivňuje myšlení. Snížení rozumových schopností označujeme jako mentální retardaci. Může se jednat o defekt vrozený nebo získaný (od dvou let hovoříme o demenci)²⁾

4 Mentální retardace

Mentální retardace (mental retardation) stav charakterizovaný snížením intelektuálních schopností, přičemž organický původ je zjišťován u stále rostoucího počtu jedinců, nikoli však u většiny, zpomalení, zpoždění duševního vývoje jedince, někdy sociálním zanedbáním, někdy v důsledku somatického onemocnění. Mentální retardace se projevuje v průběhu vývoje jedince a obvykle je provázena nižší schopností orientovat se v životním, zvláště sociálním prostředí, jedinec zaostává za vrstevníky v učení, sociálních a pracovních dovednostech i v citovém životě. K vnitřním příčinám mentální

²⁾ http://www.kampomaturite.cz/index.asp?menu=1125&sort=rec_name

retardace patří genetické vady, metabolické poruchy, nemoci matky během těhotenství, porodní traumata. K zevním příčinám patří v první řadě málo podnětná výchova. Mentální retardace je často provázena somatickými vadami, poruchami motoriky, citů, vůle apod. Stav lze zlepšit intenzivní výchovou, individuálním přístupem k jedinci.

Termín mentální retardace – opožděnost rozumového vývoje je odvozen z latinského *mens*, 2. p. *mentis* – mysl, rozum a *retardare* – zdržet, zaostávat, opožďovat.

Za mentálně retardované (postižené) se podle Švarcové považují takoví jedinci, u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. Hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí je u nich individuálně odlišná. Příčinou mentální retardace je organické poškození mozku. Podle vývojového období, v němž k mentálnímu postižení došlo, se rozlišuje **oligofrenie**, která se zpravidla pojímá jako opoždění duševního vývoje na podkladě dědičném, vrozeném a **demence**, jež se chápe jako důsledek poškození mozku různého druhu v průběhu života.

Za mentálně postižené se nepovažují osoby, u nichž došlo k zaostávání vývoje rozumových schopností z jiných důvodů, než je poškození mozku, a jejichž psychické procesy probíhají normálním způsobem, to znamená děti výchovně zanedbané, děti i dospělí se závažnými emočními poruchami nebo děti se smyslovým postižením, které, není-li včas rozpoznáno, může způsobit zpoždění psychického vývoje. Tyto stavy napodobující duševní opoždění bývají označovány jako **pseudooligofrenie**

Podstatným znakem mentální retardace je trvalost porušení poznávací činnosti. Mentální retardací nazýváme tedy trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku.³⁾

5 Downův syndrom

³⁾ ŠVARCOVÁ, I., *Mentální retardace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.

Downův syndrom je nejrozšířenější formou mentální retardace. Onemocnění bylo poprvé popsáno v roce 1866 anglickým pediatrem Johnem Downem. Jedná se o chromozomální onemocnění – trizomii 21. chromozomu. Lidé s tímto syndromem mají určité fyziognomické zvláštnosti. Hlava dítěte s Downovým syndromem je ve srovnání s ostatními dětmi menší, její zadní část je zpravidla plošší, což způsobuje její kulatý vzhled. Obličej má ploché rysy, oční víčka jsou poněkud úzká a šikmá, ve vnitřním koutku oka je u většiny dětí výrazná kolmá kožní řasa (bilaterální epikantus), což dává jejich očím charakteristický tvar (právě díky očím se tomuto onemocnění dříve říkalo mongolismus). Uši bývají menší, ústa jsou malá a pootevřená, takže z nich vyčnívá relativně velký jazyk. Může se objevit chybné postavení a opožděný růst zubů. Krk těchto dětí bývá mohutnější. Asi u poloviny dětí s Downovým syndromem je pozorována pouze jedna rýha přes dlaň (Opičí rýha). Otisky prstů bývají také oproti jiným dětem odlišné. Hodně dětí má ploché nohy. Děti trpí celkovou hypotonií (snížený svalový tonus). Vzrůst jedinců s Downovým syndromem je malý, muži mírají kolem 147 – 162 cm, ženy asi 135 – 155 cm. Tělesná váha závisí na způsobu jejich výživy, ale většinou děti trpí obezitou. Přibližně 40% trpí srdečními vadami. Časté jsou také smyslové vady. Intelektivně se nacházejí většinou v pásmu **středně těžké mentální retardace**. Jejich schopnost socializace bývá dobrá. Vzdělávají se většinou v základní škole speciální.

Za rizikový faktor pro vznik Downova syndromu je považován věk rodičů, kdy rizikové jsou matky nad 35 let a otcové nad 50 let. Rozlišujeme tři typy Downova syndromu:

- **Nondisjunkce** (prostá trizomie) – 93% případů;
- **Mozaika** – 3% případů;
- **Translokace** – 4% případů, dědičná forma

6 Demence

Získané chorobné oslabení rozumových schopností, zhroupení, onemocnění mozku, většinou chronického nebo progresivního rázu. Podmíněné

postižení psychických funkcí, jako je paměť, zvláště přijímání, uchovávání a vybavování nových informací, dále myšlení, orientace, chápání, počínání, schopnosti učení, řeč a úsudek. Při neporušeném vědomí dochází k zhoršení kontroly emocí, sociálního chování. Narušeny jsou i osobní aktivity denního života, jako je mytí, oblékání, jídlo, osobní hygiena, vyměšování a toaleta. Pro stanovení diagnózy musejí tyto příznaky trvat nejméně šest měsíců. Je pro ni rozhodující úbytek kognitivních funkcí, proto někteří autoři vymezují demenci poklesem inteligence bez ohledu na schopnost jedince zastávat sociální role. Jindy v míře, která narušuje nebo znemožňuje adekvátní sociální a profesní fungování jedince, jde o snížení už vyvinuté inteligence a duševních schopností. Za demenci je označován úpadek inteligence nejdříve po druhém roce života. Vyskytuje se při Alzheimerově a Parkinsonově nemoci či při opakovaných cévních mozkových příhodách. Vznik je urychlen zvýšeným krevním tlakem, při porušeném metabolismu cholesterolu, při diabetu, při nadměrném užívání léků, alkoholu nebo obojího.

7 Pseudooligofrenie

Pseudooligofrenie je nazývána termínem zdánlivá mentální retardace, protože se ve skutečnosti o mentální retardaci nejedná. Dříve se používal termín sociální debilita. Pseudooligofrenie je způsobena vlivem vnějšího prostředí, nikoliv poškozením centrální nervové soustavy (CNS). Dítěti se nedostává potřebné stimulace, je výchovně zanedbané, může trpět psychickou deprivací nebo pocházet ze sociokulturně znevýhodněného prostředí. Inteligenční kvocient bývá snížen přibližně o 10 až 20 bodů. V současné době se pro tento podprůměr používá nejčastěji pojem hraniční pásmo mentální retardace nebo mentální subnorma. Nejčastějšími projevy jsou opožděný vývoj řeči, myšlení, schopnosti sociální adaptace, infantilismus, hravost, může se objevit negativismus, apatie. Děti neumějí zobecňovat, jsou vázané na konkrétní realitu, potřebují názorný příklad. Osvojení učiva trvá déle a je méně efektivní. Preferují mechanickou práci. Motorika nebývá porušena. Nejedná se

o stav trvalý, při změně nepodnětného prostředí a vlivem vhodného výchovného působení může dojít ke zlepšení stavu.

8 Příčiny mentálního poškození

8.1 Mentální retardace

1. Příčiny, které vznikají v prenatálním období

60 % získalo postižení před narozením, vývoj poškození probíhá během celého

těhotenství – nejzranitelnější období

Teratogenní faktory - faktory, které způsobují poškození plodu

- fyzikální (fyzický)
 - úraz matky během těhotenství
 - rentgenové záření
- chemické
 - vliv životního prostředí
 - alkohol – během těhotenství, ale i během početí
fatální alkoholový syndrom
 - nikotin – děti narozené předčasně mající podváhu
 - drogy – nenarozené dítě – závislé po narození, abstinenční příznaky
- biologické
 - virová onemocnění
chřipka, zarděnky – Greggův rubeolový syndrom (mentální i
smyslové poškození) velmi nebezpečné
 - bakteriální
tuberkulóza, syfilis, kapavka – zřetelná poškození
 - vyšší

toxoplazmóza od koček a papoušků, matka nemůže donosit dítě

- záporný RH faktor

imunologický konflikt

krev matky se nesnáší s krví otce

včasné podchycení nezanechává následky

dítěti se po porodu vymění krev

- poruchy placenty

placenta zajišťuje všechny potřeby plodu

nízká porodní hmotnost

hypoxie – nedostatek kyslíku, odumírání mozkových buněk

- geneticky vrozené poruchy

Downův syndrom (mongolismus) – poškození 14. nebo 21. páru chromozómů

vždy mentální poškození (dítě je malé a kulaté, velký jazyk)

- vrozené metabolické poruchy

porucha zpracovávání bílkovin

Fenylketonurie – tělo není schopno zpracovat určité bílkoviny – pokud to jedinec požije, tak působí jak jed.

Má vliv na mozek a poznáme to tak, že moč páchne myšinou.

Psychosociální faktory

psychické trauma během těhotenství (smrt blízkého)

otázka špatného sociálního zabezpečení

nechtěné těhotenství

mladí rodiče

2. Příčiny, které vznikají v **perinatálním období** (váže se k porodu)

riziko kolem 8-10%

příčiny

- mechanická poškození plodu při porodu

- obrácená poloha

- rané infekce plodu

- přenošené děti

- volba špatného inkubátoru

3. Příčiny, které vznikly v postnatálním období

vznik do 2 let života

30 % jedinců

příčiny

- úrazy hlavy
- infekční onemocnění mozku
- otravy (sekundární poškození mozku)

8.2 Demence

1. Úraz hlavy

2. Onemocnění

zánětlivé onemocnění mozku nebo mozkových blan

venerická onemocnění (syfilis)

3. Závislost na některých látkách

Alkohol → alkoholová demence

nadprůměrné požívání alkoholu vede k demenci (odumírání buněk)

Drogy

4. Kornatění tepen (mozek není zásoben vzduchem)

Arteriosklerotická demence

50 – 60 let

Zapomínají, jsou velice důvěřiví k okolí

prevence – správná životospráva

5. Alzheimerova (senilní) choroba

neznáme její příčiny (po 70 roku)⁴⁾

9 Psychologická charakteristika mentální retardace

⁴⁾ ŠVARCOVÁ, I., *Mentální retardace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.

Typickým znakem poznávacích schopností mentálně postižených je omezenější potřeba zvědavosti a preference podnětového stereotypu. Mentálně postižení jedinci obvykle bývají pasivnější a více závislí na zprostředkování informací jinými lidmi. Orientace v běžném prostředí je pro ně mnohem náročnější, protože hůře rozlišují významné a nevýznamné znaky jednotlivých objektů a situací, a hůře chápou i jejich vzájemné vztahy. Svět je pro ně méně srozumitelný, a proto se jim může jevit i více ohrožující. Důsledkem toho je silnější závislost na jiném člověku, který se stává prostředníkem mezi mentálně postiženým a vnějším světem, resp. preference známého prostředí.

9.1 Porucha myšlení, řeči a učení

Myšlení mentálně postižených dosáhne v nejlepším případě, u jedinců s lehkou mentální retardací, úrovně konkrétních logických operací. Jejich uvažování bude vždycky vázáno na realitu, leckdy dokonce pouze na její konkrétní, do určité míry náhodou, aktuální variantu. Pro mentálně postiženého je důležité, jak se mu situace jeví, o její podstatě není schopen uvažovat. Nedokáže se odpoutat od vlastního pohledu, od vlastních pocitů a potřeb, které jeho poznávání zkreslují. Neschopnost nadhledu se projeví sníženou kritičností a vyšší sugestibilitou mentálně postižených. Uvažování dospělých mentálně postižených je ovlivněno dlouhodobým učením, a proto, i když je stále infantilní, se v něm projeví zafixované a určitým způsobem, odpovídající úrovni daného jedince, zpracované zkušenosti, které děti nemají. Myšlení mentálně postižených je charakteristické značnou stereotypností, rigiditou a ulpíváním na určitém způsobu řešení. Tato ulpívavost a preference známého je obranou před subjektivně nesrozumitelnými, novými a neznámými podněty, které jsou jim nepříjemné a mohou vyvolávat různé obavy. Mentálně postižení se dovedou mechanicky naučit určitá pravidla, ale nejsou schopni je v praxi účelně aplikovat, protože nechápou rozdíly mezi různými situacemi. Jejich postoj k problémům bývá pasivní, obvykle očekávají jejich řešení od někoho jiného nebo na ně rezignují. Někdy mohou reagovat i agresivně, toto chování je třeba chápat jako projev zoufalství v situaci, které nerozumějí a nedovedou ji řešit. Omezenou flexibilitu těchto lidí je třeba respektovat. Nadměrné nároky by působily jako stresový faktor a vyvolávaly by nepříznivé reakce.

9.2 Porucha řeči

Řeč mentálně retardovaných bývá postižena jak formálně, tak z obsahového hlediska:

- Jejich řečový projev bývá nápadný méně přesnou výslovností. To je mnohdy dáno nedostatky v motorické koordinaci mluvidel (v rámci organického poškození mozku) nebo zhoršenou sluchovou diferenciací, která jim neposkytuje potřebnou zpětnou vazbu.
- Je pro ně obtížnější porozumění i běžnému verbálnímu sdělení, protože mají omezenější slovní zásobu a větší potíže v pochopení celkového kontextu. Složitější slovní obraty, ironii, žert, metaforu apod. vůbec nejsou schopni chápat. Stručná a jednoduše formulovaná konkrétní informace je nejvhodnější variantou. Lidé s lehkým mentálním postižením zvládnou konkrétní pojmy a základní slovní obraty. U nejzávažněji postižených se verbální schopnosti nerozvíjejí vůbec.
- Typickým znakem aktivního řečového projevu mentálně postižených je:
 - jazyková necitlivost, která se projevuje četnými agramatismy
 - nápadná jednoduchost vyjádření, tj. preference velmi krátkých vět a jednoznačných, konkrétních pojmů. Výběr pojmů a stabilních slovních spojení je opět značně stereotypní. U závažněji postižených bývají běžné také perseverace a echolalie (to znamená opakování určitých slov nebo částí sdělení bez kontextu a často i bez porozumění)

U závažněji mentálně postižených nabývá na významu neverbální způsob komunikace. Je ovšem otázka, jak zdraví i postižení lidé různým spontánním signálům rozumějí, zda pro ně znamenají totéž. Proto je vhodné mentálně postižené naučit způsobu, jak vyjádřit základní pocity, např. souhlas nesouhlas.

9.3 Porucha učení

Schopnost učení je u mentálně postižených lidí rovněž v různé míře omezena. Nejde jen o důsledek nedostatečného porozumění, nepříznivý vliv

mají i nedostatky v koncentraci pozornosti a paměti. Je třeba si uvědomit, že jde o poškození CNS, pro něž jsou poruchy paměti a pozornosti typické. Učení těchto lidí je převážně mechanické, asociační. Veškeré informace, dovednosti i návyky se fixují ve své rigidní podobě a také bývají stejným způsobem užívány. Změna návyku nebo přizpůsobení nové situaci činí mentálně postiženým značné potíže. Kromě toho jim, zejména pokud jsou závažněji postiženi, trvá velice dlouho, než se něčemu novému naučí. Snížená efektivita učení bývá příčinou zbytečné rezignace na jejich další rozvoji. Motivace k učení. Typickým rysem mentálně postižených je určitá poznávací pohodlnost, učení něčemu novému pro ně není příliš atraktivní. Proto musí být motivováni jiným způsobem. Jsou schopni akceptovat materiální odměnu, pozitivně reagují i na pochvalu. Bývají ochotni učit se za podpory jiného člověka, k němuž mají pozitivní vztah. Dělají to spíše kvůli němu, pro potvrzení tohoto citového vztahu než z jiných důvodů. Je jim tudíž celkem jedno co se učí, protože jejich učení je primárně motivováno emočně, a nikoli kognitivně. Podobným způsobem je za normálních okolností stimulováno učení raného věku.

9.4 Nápadnosti emočního prožívání a odlišnost motivace

Celkové emoční prožívání, resp. způsob emočního reagování může být v závislosti na etiologii mentálního postižení změněn. Obvykle jde o zvýšenou dráždivost, větší pohotovost k afektivním reakcím či mrzuté náladě. V každém případě však platí, že emoční prožívání je základním mechanismem autoregulace. Nedostatečnost racionálního hodnocení a problémy v oblasti sebeovládání omezují rozvoj účelnějšího způsobu autoregulace. Nedostatečná kontrola a ovládání vlastních emocí, spojená s koncentrací na přítomnost, vede k preferenci jednání, které přináší bezprostřední uspokojení. Neschopnost regulovat vlastní emoční prožívání zvyšuje pohotovost reagovat méně přiměřeně vyvolávajícím podnětům. Mentálně retardovaný jedinec má stejné základní psychické potřeby jako jiní lidé. Tyto potřeby však mohou být pod vlivem omezenější kapacity rozumových schopností a učení různým způsobem modifikovány. Obecně platí, že čím je člověk závažněji mentálně postižen, tím je v saturaci svých potřeb závislejší na okolí. Na druhé straně mají mentálně

postižení tendenci uspokojovat svoje potřeby neodkladně a bez zábrán. Způsob, jakým toho dosahují, odpovídá jejich aktuálnímu psychickému i somatickému stavu, tedy i mentální úrovni.

Potřeba stimulace - přísun podnětů je pro psychický vývoj jedince nezbytný, avšak musí být přiměřený možnostem mentálně postiženého jedince z hlediska jejich množství, kvality i délky působení. V opačném případě by jeho duševní vývoj spíše poškozovaly. Je zde riziko, že mentálně postižené děti nebudou dostatečně stimulovány, nebo naopak, že je bude subjektivně nepřiměřený či nadměrný přísun podnětů vyčerpávat a zatěžovat. Mentálně postižení preferují stereotypnější, jednodušší a jednoznačnější stimulaci, jejich potřeba podnětové proměnlivosti není tak velká jako u zdravé populace. Na druhé straně se tak snadno nepřesytí známými podněty, které jsou pro ně uspokojující svou jednoznačností. Důležitým aspektem stimulace mentálně postižených je její srozumitelnost. Nesrozumitelné informace by představovaly zátěž a vyvolávaly by obranné reakce. Obvykle jde o tendenci uniknout z nepříjemné situace nebo o záchvaty vzteku. (Afekt lze chápat jako projev bezmoci v situaci nezvládnutého subjektivního zatížení.)

Potřeba učení je u mentálně postižených vyjádřena tendencí porozumět v mezích svých možností nejbližšímu okolí. Mají-li jim být poskytnuté informace užitečné, nesmí jich být příliš mnoho, musí se opakovat, měl by v nich být určitý jednoduchý řád a měla by zde platit pravidla, kterým by mohli porozumět. Může jít např. o takové základní vztahy, jako je příčina či následek či trvalost určitých objektů. Potřeba učení může být u mentálně postižených slabší a může být ovlivněna větší závislostí na zprostředkující aktivitě jiných lidí. Školy pro jedince s mentálním postižením jsou: mateřská škola speciální, základní škola, základní škola speciální (dříve zvláštní škola), základní škola praktická (dříve pomocná škola), střední škola, odborné učiliště, praktická škola.

Potřeba citové jistoty a bezpečí bývá u mentálně retardovaných velmi silná. Citová jistota, daná především vztahem s blízkým člověkem, event. i stabilitou prostředí, v němž žijí, je v tomto případě ještě důležitější, protože může sloužit

jako zdroj rovnováhy, narušované subjektivně obtížnějším porozuměním okolnímu světu a obtížnějším přizpůsobením jeho požadavkům. Potřeba emoční opory se i v dospělosti projevuje přetrvávající infantilitou. Pubertální proměna citové vazby a postojů k jednotlivým členům rodiny ve své typické podobě nenastává. Fixace na rodinu se obvykle příliš nemění. Mentálně retardovaný adolescent nemá potřebu emancipace z této vazby, která je pro něj v mnoha směrech vyhovující.

Potřeba seberealizace je ovlivněna mírou mentálního postižení a z toho vyplývajícím způsobu sebepojetí. Sebehodnocení bývá i u lehce mentálně postižených pouze mechanickou akceptací názoru autority dospělé osoby, na niž jsou závislí. protože jim chybí schopnost hypotetického uvažování, neplánují ani svou budoucí seberealizaci. Spokojí se s dosažením pozitivní odezvy u ostatních, s pochvalou a oceněním, které jim aktuálně potvrzuje jejich vlastní hodnotu. Tito lidé také rozhodnou o míře uspokojení jejich potřeby seberealizace. Mentálně postižený to sám nedovede, i v tomto směru je závislý na svém okolí.

Potřeba životní perspektivy i její uspokojování jsou modifikovány podobným způsobem. Už její vznik je závislý na schopnosti mentálně postiženého chápat alespoň základním způsobem pojem času, diferencovat minulost, přítomnost a budoucnost. Závažněji postižení význam budoucnosti nechápou, a proto je ani nemůže zajímat. Nedělají si žádné plány a nepředstavují si, jaký by mohl být jejich další život. Žijí převážně přítomností.

Uspokojení všech potřeb v dostatečné míře a pro ně přijatelným způsobem bývá u mentálně postižených leckdy obtížné. Oni sami to nedovedou a jejich okolí není vždycky dostatečně citlivé nebo nemá zájem. Neuspokojení jakékoli jejich potřeby lze považovat za zátěžovou situaci, na niž reagují různými obrannými mechanismy. Ty bývají mnohem jednodušší, vesměs stereotypní a jejich volba závisí na celkové mentální úrovni i typu temperamentu jedince, popř. na etiologii postižení.

9.5 Nápadnosti v chování mentálně postižených a jejich význam

Podmínkou hodnocení určitého chování jako poruchového je schopnost porozumět obecně platným hodnotám a normám, pochopit jejich podstatu. Tato podmínka není u mentálně postižených vždy splněna. Lidé s lehčím stupněm postižení sice obvykle vědí, jak by se měli v běžných situacích chovat, ale nelze od nich pokaždé očekávat standardní reakce. Důvodem je odlišné zpracování informací a sklon k jinému způsobu reagování. Mentálně postižení mohou mít problémy s hodnocením nových situací i s aplikací běžných pravidel za různých okolností. Pokud dojde k nějaké, byť i malé změně, může být tento jedinec dezorientován a reagovat méně přijatelně. Kromě toho nestačí, aby chápal, jaká pravidla v určité situaci platí, ale je třeba, aby se podle nich dokázal chovat. Mentálně postižení se řídí především emocionálními impulzy. Schopnost sebeovládání není u nich v dostatečné míře rozvinuta. Mají zvýšenou pohotovost k afektivním reakcím, které nedovedou přijatelným způsobem ovládat. Toto chování může být signálem nadměrné zátěže, projevem neschopnosti mentálně postižených reagovat zralejším způsobem. Nepříjemné, afektivní a někdy i agresivní projevy lze chápat jako obranu v situaci, které nerozumějí a kterou nejsou schopni zvládnout. Problematické chování mentálně postižených může být projevem jejich neschopnosti vyjádřit své aktuální pocity standardnějším a pro ostatní srozumitelnějším způsobem. Tato aktivita (např. bušení hlavou do zdi, křik, sebepoškozování) slouží ke komunikaci s okolím, jejich prostřednictvím mu sdělují subjektivně důležité informace. Činí tak i proto, že se tento způsob ukázal dostatečně efektivní. Naučili se, že takto dosáhnou rychle požadovaného cíle, např. pozornosti okolí. Když mentálně postižené dítě začne tlouci hlavou o zem, upoutá pozornost rychleji, než kdyby dělalo něco jiného. Důvodem k takovému reagování je i obvyklá tendence mentálně postižených dosáhnout uspokojení svých potřeb ihned. Některé nápadnosti v chování mentálně postižených (různé automatismy, kývání apod.) , které mohou přetrvávat delší dobu, lze rovněž považovat za obranné reakce. Mívají kompenzační význam, nahrazují nebo vyrovnávají subjektivně nepřiměřený přísun stimulace. Autostimulace jakéhokoli druhu může sloužit jako náhradní zdroj podnětů. Může fungovat i jako mechanismus uvolňující napětí vyvolané kumulací nepříjemných podnětů, např. nadměrnými nároky a přetěžování.

9.6 Osobnost mentálně postiženého

Důležitou složkou osobnosti je sebepojetí, to je u mentálně postižených ovlivněno jejich způsobem uvažování a omezenou možností pochopit, jaké jsou jejich reálné kompetence (resp. v čem jsou odlišné od ostatních). V důsledku toho není jejich sebehodnocení zcela objektivní, bývají nekritické a ovládané především emocionálně (např. přáním). Vzhledem k omezené soudnosti závisejí prakticky po celý život v názorech jiných lidí. Ty přijímají zcela jednoznačně, jako danost, bez korekce. Nekritičnost a zvýšená sugestibilita jsou příčinou snadné ovlivnitelnosti. Na druhé straně je neschopnost přesně chápat význam negativního hodnocení jinými lidmi do určité míry chrání, zejména pokud mají přijatelné zázemí. Pozitivní sebehodnocení a z něho vyplývající očekávání je i u těchto lidí důležité, protože slouží jako základ pozitivní motivace. Avšak je obtížnější jej dosáhnout, nejen z důvodů objektivně horších předpokladů, ale také kvůli stabilněji horším výkonům ve srovnání s ostatními. V tom spočívá jedno z rizik integrace mentálně postižených dětí do běžných škol. Uvědomění vlastní negativní odlišnosti nemusí být založeno na hlubším pochopení. Stačí opakovaná zkušenost, že ostatní dovedou a dělají to, čemu on vůbec nerozumí.

Zkreslené sebehodnocení, byť i subjektivně přijatelné, může na ostatní působit jako potvrzení nedostatečného rozvoje rozumových schopností a vyvolává nanejvýš shovívavý postoj. Spokojenost se sebou samým je sice důležitá, ale pokud naprosto neodpovídá skutečnosti, může vést k projevům chování, které jsou sociálně rušivé, nebo dokonce ohrožující. Mentálně postižený člověk se tak stává z hlediska ostatních směšným (když bude tvrdit, že všechno zvládne), popř. je ochoten dělat něco, co je pro něj nebezpečné (např. zkusí řídit auto). Každý mentálně postižený člověk se těžko přizpůsobuje novým situacím. To platí i pro oblasti sebehodnocení, rigidita sebepojetí vede k tomu, že se chová stále stejně, jako by k žádné změně nedošlo, není schopen odhadnout své možnosti a přizpůsobit jim chování. Tato situace může být pro mentálně postiženého nezvládnutelná, protože není schopen pochopit její podstatu.⁵⁾

⁵⁾ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN

10 Klasifikace a charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace

Hloubku mentální retardace je možno určit pomocí inteligenčního kvocientu, který vyjadřuje úroveň rozumových schopností. V naší zemi se ke klasifikaci mentální retardace používá 10. revize mezinárodní statistické klasifikace nemocí (MKN-10, ICD-10) vydaná Světovou zdravotnickou organizací (SZO, WHO). Dle ní rozlišujeme:

A/ druh postižení

F 70 - 79 mentální retardace

B/ stupeň postižení

F 70	Lehká mentální retardace	IQ 69 - 50
F 71	Středně těžká mentální retardace	IQ 49 - 35
F 72	Těžká mentální retardace	IQ 34 - 20
F 73	Hluboká mentální retardace	IQ 19 a níže
F 78	Jiná mentální retardace	

Stanovení stupně MR je nesnadné pro přidružené senzorické, somatické postižení, těžké poruchy chování, pro autismus.

F 79 Nespecifikovaná mentální retardace

Mentální retardace je prokázána, není však dostatek informací pro zařazení osoby do některého z uvedených stupňů.

C/ typ postižení

Eretický (nepokojný, dráždivý, instabilní);

Torpidní (apatický, netečný, strnulý);

11 Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace

11.1 Lehká mentální retardace (F70)

IQ se pohybuje přibližně mezi 50 až 69 (což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9 až 12 let). Lehce mentálně retardovaní většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě. Většina z nich také dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky) a v praktických domácích dovednostech, i když je vývoj proti normě mnohem pomalejší. Hlavní potíže se u nich obvykle projevují při teoretické práci ve škole. Mnozí postižení mají specifické problémy se čtením a psaním.

Většinu jedinců na horní hranici lehké mentální retardace lze zaměstnat prací, která vyžaduje spíše praktické než teoretické schopnosti, včetně nekvalifikované nebo málo kvalifikované manuální práce.

U osob s lehkou mentální retardací se mohou v individuálně různé míře projevit i přidružené chorobné stavy, jako je autismus a další vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesné postižení.

- Vliv dědičnosti, sociokulturní deprivace, nedostatku stimulace.
- Do 3 let lehké opoždění nebo zpomalení psychomotorického vývoje, mezi 3. a 6. rokem nápadnější problémy: malá slovní zásoba, opožděný vývoj řeči a komunikativních dovedností, různé vady řeči, obsahová chudost, nedostatečná zvědavost a vynalézavost, stereotyp ve hře.
- Nejvýraznější problémy v období školní docházky: konkrétní mechanické myšlení, omezená schopnost logického myšlení, slabší paměť, vážne analýza a syntéza, jemná a hrubá motorika lehce opožděna, porucha pohybové koordinace.
- Rozvoj sociálních dovedností zpomalen. V sociálně nenáročném prostředí mohou být zcela bez problémů.
- V oblasti emocionální se projevuje afektivní labilita, impulsivnost, úzkostnost a zvýšená sugestibilita.
- Výchovné působení a rodinné prostředí mají velký význam pro socializaci.

- Vzdělávají se podle odpovídajícího vzdělávacího programu, nejčastěji v základní škole praktické, mají možnost integrace do běžné základní školy při splnění stanovených podmínek integrace.
- Možné zvládnutí jednoduchých učebních oborů nebo zaškolení v jednoduchých manuálních činnostech. Nejčastěji navštěvují odborná učiliště nebo praktické školy.
- Mnoho dospělých schopno práce a úspěšného udržování sociálních vztahů.
- Výskyt v celkovém počtu jedinců s mentální retardací 80%, v populaci 2,6%.

11.2 Středně těžká mentální retardace (F71)

IQ dosahuje hodnot 35 až 49 (což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6 až 9 let). U jedinců zařazených do této kategorie je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči a i jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Podobně je také omezena schopnost sebeobsluhy a zručnost.

Také pokroky ve škole jsou limitované, ale někteří žáci se středně těžkou mentální retardací si při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí základy čtení, psaní a počítání.

V dospělosti jsou středně retardovaní obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže úkoly jsou pečlivě strukturovány a jestliže je zajištěn odborný dohled. V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život. Zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách.

U značné části je přítomen dětský autismus. Většina postižených může chodit bez pomoci. Často se vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění, zejména epilepsie, někdy je možno zjistit různá psychiatrická onemocnění.

- Často organická etiologie.
- Rozvoj myšlení a řeči výrazně opožděn, opoždění přetrvává do dospělosti.

- Častý výskyt epilepsie, autismu a dalších neurologických a tělesných potíží.
- Somatické vady méně časté.
- Řeč je velmi jednoduchá, slovník obsahově chudý, vyskytují se časté agramatismy. Tvoří jednoduché věty nebo slovní spojení. Někdy pouze nonverbální komunikace.
- Slabá schopnost kombinace a usuzování.
- Vývoj jemné a hrubé motoriky zpomalen, trvale zůstává celková neobratnost, nekoordinovanost pohybů a neschopnost jemných úkonů.
- Samostatnost v sebeobsluze je mnohdy pouze částečná.
- Emocionální labilita, časté nepřiměřené afektivní reakce.
- Neschopnost většinou úspěšně a samostatně řešit náročnější situace, ale někteří se dokáží vyvinout k určité hranici nezávislosti a soběstačnosti.
- Vzdělávají se podle odpovídajícího vzdělávacího programu, nejčastěji v základní škole speciální, mají možnost integrace do běžné základní školy při splnění stanovených podmínek integrace.
- Další vzdělávání možné v praktické škole.
- Jednoduché pracovní zařazení, nejčastěji pod dohledem nebo v chráněném prostředí.
- Výskyt v celkovém počtu jedinců s mentální retardací 12%, v populaci 0,4%.

11.3 Těžká mentální retardace (F72)

IQ se pohybuje v pásmu 20 až 34 (u dospělých to odpovídá mentálnímu věku 3 až 6 let). Snížená úroveň schopností zmíněných u středně těžké mentální retardace je v této skupině mnohem výraznější. Většina jedinců z této kategorie trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami.

I když možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené, včasná, systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich soběstačnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života.

- Negenetická (poškození zárodečné buňky, malformace CNS, infekce) a genetická etiologie.
- Psychomotorický vývoj výrazně opožděn již v předškolním věku. Značná pohybová neobratnost, dlouhodobé osvojování koordinace pohybů.
- Časté somatické vady a příznaky celkového poškození CNS.
- Možnost osvojení základních hygienických návyků a prvků sebeobsluhy.
- Někteří však neschopni udržet tělesnou čistotu ani v dospělosti.
- Značné omezení psychických procesů, poruchy pozornosti.
- Minimální rozvoj komunikačních dovedností, řeč jednoduchá, omezena na jednoduchá slova. Nemusí se vytvořit.
- Výrazné narušení afektivní sféry, nestálost nálad, impulzivita.
- Poznává blízké osoby.
- Potřeba celoživotní péče.
- Vzdělávají se podle odpovídajícího vzdělávacího programu v základní škole speciální.
- Výskyt v celkovém počtu jedinců s mentální retardací 7%, v populaci 0,3%.

11.4 Hluboká mentální retardace (F73)

IQ dosahuje nejvýše 20, což odpovídá u dospělých mentálnímu věku pod 3 roky. Postižení jedinci jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím nebo jim vyhovět. Většina osob z této kategorie je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu. Postižení bývají inkontinentní a při nejlepším jsou schopni pouze rudimentární neverbální komunikace. Mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené.

Běžné jsou těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie a poškození zraku a sluchu.

- Většinou organická etiologie.
- Těžké omezení motoriky.
- Stereotypní automatické pohyby.
- Kombinace s postižením sluchu, zraku, těžkými neurologickými poruchami.
- Poškození zrakového a sluchového vnímání.
- Častý atypický autismus.
- Ve většině případů neschopnost sebeobsluhy.
- Nonverbální komunikace bez smyslu. Výkřiky, grimasy.
- Lze dosáhnout porozumění jednoduchým požadavkům.
- Okolí nepoznává.
- Totální porušení afektivní sféry.
- Sebepoškozování.
- Nedožívají se vyššího věku.

11.5 Jiná mentální retardace (F78)

Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorické nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob.

11.6 Nespecifikovaná mentální retardace (F79)

Tato kategorie se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné ze shora uvedených kategorií.

Mentální retardace je ve většině případech kombinována i s jiným postižením.

11.7 Postižení sluchové

Porucha sluchu bez ohledu na typ a velikost ztráty

11.8 Postižení tělesné

Postižení, které brání mobilitě, pracovní činnosti, dělí se na přechodné a trvalé, vrozené a získané.

11.9 Postižení zdravotní

Jde o dlouhodobý nebo trvalý stav, který nelze léčbou zcela odstranit, lze však nepříznivý dopad zmírnit soustavou promyšlených opatření.⁶⁾

12 Četnost mentálně postižených v populaci

Jak již bylo řečeno v úvodu, tvoří mentálně postižení jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi postiženými. Švarcová uvádí, že počet osob s mentálním postižením nejen u nás, ale i v celosvětovém měřítku, stále stoupá. Tento nárůst může být do značné míry relativní a vysvětluje se jako výsledek lepší evidence mentálně postižených, i když ani dnes není jejich evidence úplná. Vzrůst počtu lidí s mentálním postižením se vysvětluje rovněž jako důsledek lepší péče pediatrů o novorozence, jejímž výsledkem je snižování novorozenecké a kojenecké úmrtnosti. Díky stále se zdokonalující lékařské péči o děti v nejranějších stádiích vývoje se zachraňují i děti, které by bez této intenzivní péče nezůstaly naživu.

⁶⁾ HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

Absolutní počet mentálně retardovaných v naší populaci není znám. Uvádí se, že mentální retardací trpí asi 3 % občanů. Podle některých pedagogicko-psychologických výzkumů je intelektově podprůměrných

10 – 15 % dětí školního věku. Těžce mentálně poškozených je asi 0,1 % v populaci. Obdobné relace bývají uváděny i ve statistikách ostatních evropských zemí.

V Národním plánu opatření ke snížení negativních důsledků zdravotního postižení z roku 1993 bylo uvedeno, že přesný statistický údaj o počtech lidí s jednotlivými druhy zdravotního postižení není k dispozici, na základě kvalifikovaných odhadů se však předpokládá, že v naší republice žije asi 300 000 osob s mentálním postižením. Pokud jde o jednotlivá ontogenetická období, nejvíce mentálně retardovaných se vykazuje ve školním věku, který klade specifické požadavky na intelekt a umožňuje průkazná srovnání úrovně rozumových schopností mezi jednotlivými žáky.⁷⁾

13 Ústavní péče o lidi s mentálním postižením

Ústavy sociální péče jsou podle vyhlášky č. 182/1998 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, určeny pro občany postižené mentálním postižením těžšího stupně a pro občany postižené vedle mentálního postižení těžšího stupně též tělesnou nebo smyslovou vadou, kteří potřebují ústavní péči. Ústavní péče je poskytována jednak v ústavech pro mládež, kam jsou zařazovány děti od tří let do skončení povinné školní docházky, eventuálně do ukončení přípravy na povolání, nejvýše však do 26 let, a jednak v ústavech pro dospělé. Pro mentálně postižené se zřizují ústavy s denním, týdenním a celoročním pobytem. Umístění dítěte do ústavu sociální péče s celoročním pobytem znamená velmi vážné rozhodnutí, které rodičům často přináší výčitky svědomí a traumata z pocitu selhání. Péče o některé děti (i dospělé) s mentálním postižením je však natolik náročná, že někdy není v silách rodičů potřeby postiženého člověka dlouhodobě uspokojovat.

⁷⁾ ŠVARCOVÁ, I., *Mentální retardace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.

Světové trendy v péči o lidi s mentálním postižením přinášejí odklon od institucionální péče poskytované ve velkých zařízeních a směřují k humánnějším formám péče zajišťované v zařízeních rodinného typu, v chráněných bytech nebo za pomoci osobních asistentů v integrovaném bydlení v běžné městské zástavbě. Současný postoj k ústavům sociální péče se promítá do hledání nových cest, které by vedly ke zlepšení péče o lidi s těžkými formami postižení, a dá se vyjádřit třemi základními trendy: integrace, normalizace, humanizace.

Integrace představuje překonání nepřírozeného oddělení lidí s mentálním postižením od světa lidí nepostižených, zdravých a tzv. normálních. Jedná se o opak institucionálního přístupu. Cílem integrace je umožnit postiženým lidem žít uvnitř lidské společnosti, nikoli na jejím okraji, a mít možnost zapojit se podle svých schopností do různých typů sociálních aktivit. Švarcová tvrdí: „Jen určité nevelké množství lidí mentálně postižených je schopno plně se integrovat do společnosti. Jsou to zpravidla lidé jen velmi lehce postižení, dobře sociálně zakotvení, kterým však ani dosud nikdo v integraci nebránil. Integrace má své velké možnosti, ale i své limity. Lidé s mentálním postižením jsou svým handicapem mnohem více než všechny ostatní skupiny občanů se zdravotním postižením omezeni ve svých možnostech účastnit se života společnosti na stejné úrovni jako ostatní. Mají závažné problémy při získávání informací, v komunikaci, ve vzdělávání, ale i v péči o své základní lidské potřeby. Zejména lidé s těžšími formami postižení budou vždy závislí na péči jiné osoby.“

Požadavek **normalizace** v ústavní péči znamená, že i postižení lidé mohou žít poměrně normálním životem, podobně jako jejich nepostižení spoluobčané. Mohou chodit do školy a v dospělém věku do zaměstnání, mohou mít své přátele a blízké lidi, mohou mít své zájmy a koníčky, mohou mít i svůj majetek a věci, které jim zpřijemňují život. S oběma těmito trendy těsně souvisí a podmiňuje je **humanizace**, a to jak humanizace péče o postižené, tak i humanizace celé společnosti, která ve svých postižených spoluobčanech uvidí a bude respektovat rovnoprávné členy vyžadující ve srovnání s ostatními více pozornosti a péče a jež jim pomůže do určité míry kompenzovat jejich odlišnost. Humanizace společnosti se projevuje nejen ve verbálně vyjadřovaných

postojích k postiženým lidem, ale zejména v jednání a zacházení s nimi a ve vytváření podmínek pro jejich život.⁷⁾

13.1 Sociální služby a jejich formy s platností od ledna 2007

(zákon č. 108/2006., Sb.)

Jsou to specializované činnosti, které mají člověku pomoci řešit jeho nepříznivou sociální situaci. Příčiny vzniku nepříznivé situace jsou velmi různé, proto také existuje velmi pestrá škála druhů sociálních služeb.

Základní druhy § 32:

sociální poradenství:

základní sociální poradenství - povinni poskytnout všichni poskytovatelé sociálních služeb a to bez ohledu, kdo je o radu požádá

odborné sociální poradenství - poskytují ho specializované poradny, které se profilují buď podle nějakého jevu (např. problematika domácího násilí), nebo podle cílové skupiny (osoby se zdravotním postižením, senioři, cizinci apod.)

služby sociální péče - zaměřeny na to, aby pomáhaly lidem zajistit si fyzickou a psychickou soběstačnost; nabízí pomoc při zvládnutí úkonů péče o vlastní osobu a v soběstačnosti. K zajištění poskytování těchto služeb je možné použít příspěvek na péči

služby sociální prevence - zaměřují se na jevy a situace, které mohou vést k sociálnímu vyloučení a nejsou způsobeny neschopností pečovat o sebe z důvodu věku nebo zdravotního stavu; zaměřují se především na oblast tzv. "sociálně negativních jevů" jako je např. kriminalita, bezdomovectví, zneužívání návykových látek, krize v rodině apod.

Formy poskytování sociálních služeb § 33

pobytové - spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb

⁷⁾ ŠVARCOVÁ, I., *Mentální retardace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.

ambulantní - služby za kterými osoba dochází, nebo je doprovázena nebo dopravována, součástí služeb není ubytování

terénní - služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí

Pro poskytování sociálních služeb jsou zřizována zařízení sociálních služeb různého charakteru § 34:

centra denních služeb

denní stacionáře

týdenní stacionáře

domovy pro osoby se zdravotním postižením

domovy pro seniory

domovy se zvláštním režimem

chráněné bydlení

azylové domy na půl cesty

zařízení pro krizovou pomoc

nízkoprahová centra

nízkoprahová zařízení pro děti a mládež

noclehárny

terapeutické komunity

sociální poradny

sociálně terapeutické dílny

centra sociálně rehabilitačních služeb

pracoviště rané péče

Druhy služeb sociální péče § 38 – 52

Osobní asistence - terénní služba určená zejména lidem se zdravotním postižením a seniorům. Osobní asistenti pomáhají člověku zvládnout péči o sebe a umožňují jim účastnit se života společnosti.

Pečovatelská služba - převážně terénní služba poskytovaná především v domácnosti. Služba je určena zejména lidem se zdravotním postižením,

seniorům a případně i rodinám s dětmi. Pečovatelé pomáhají člověku zvládnout péči o sebe a o domácnost

tísňová péče - nepřetržitá telefonická nebo jiná elektronická komunikace s lidmi, kteří jsou vystaveni vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života. Je možné zprostředkovat neodkladnou pomoc v případě náhlého zhoršení zdravotního stavu.

Průvodcovské a předčitatelské služby - určeny lidem, kteří mají sníženou schopnost komunikovat nebo se orientovat v prostoru. Jedná se zejména o osoby se smyslovým postižením. Služba pomáhá zejména při obstarávání osobních záležitostí.

Podpora samostatného bydlení - služba podobná pečovatelské službě, zaměřuje se však více na posilování osobních schopností člověka samostatně bydlet.

Odlehčovací služby (lze je také nazývat sdílené či respitní služby) - různá kombinace činností péče, které mají za cíl umožnit pečujícím osobám nezbytný odpočinek, tj. sdílí péči nebo na určitou dobu převezmou péči o člověka, který má sníženou soběstačnost. Obvykle je tato služba nabízena i v rámci jiných druhů služeb.

Centra denních služeb (dosud nazývané domovinky nebo i centra osobní hygieny) - ambulantní služba, kterou mohou v průběhu dne (pravidelně i občasně) využívat osoby se sníženou soběstačností s cílem zajištění pomoci s osobní hygienou a současně pomoci s vyřízením osobních záležitostí nebo nabídkou sociálně terapeutických činností.

Denní stacionáře - ambulantní služba, kterou pravidelně navštěvují osoby se sníženou soběstačností. V průběhu dne je zde zabezpečována komplexní péče s ohledem na potřeby uživatelů a současně nabízí výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti.

Týdenní stacionáře - pobytová služba pro osoby se sníženou soběstačností, které potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby. Pobyt je zabezpečován obvykle po dobu pracovních dnů. Služba nabízí komplexní péči a současně nabízí výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením - pobytová služba s celoročním provozem která zabezpečuje osobám se sníženou soběstačností vyžadujícím pravidelnou pomoc komplexní péči a současně nabízí výchovné,

aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. Tato služba je určena především těm lidem, kterým z objektivních důvodů již nelze zabezpečit pomoc v jejich přirozeném domácím prostředí.

Domovy pro seniory - pobytová služba s celoročním provozem, která zabezpečuje seniorům se sníženou soběstačností vyžadujícím pravidelnou pomoc komplexní péči a současně nabízí aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. Tato služba je určena především těm seniorům, kterým z objektivních důvodů již nelze zabezpečit pomoc v jejich přirozeném sociálním prostředí.

Domovy se zvláštním režimem - pobytová služba s celoročním provozem s obdobnou nabídkou jako domovy pro osoby se zdravotním postižením nebo seniory. Jejich služby jsou však uzpůsobeny zvláštním potřebám osob, které trpí duševní nemocí, jsou závislé na návykových látkách nebo trpí Alzheimerovou chorobou nebo jiným typem demence. Provoz této služby může být součástí domova pro seniory nebo domova pro osoby se zdravotním postižením.

Chráněné bydlení - moderní typ pobytové služby pro osoby se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, ale mají schopnost žít víceméně samostatně v prostředí, které je svým charakterem fakticky totožné s běžným bytem.

Sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, psychiatrické léčebny) se poskytují osobám, které se neobejdou bez pomoci jiné osoby a současně nemohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení, protože není v danou chvíli možné jim zabezpečit péči v domácnosti nebo v zařízeních sociálních služeb.⁸⁾

⁸⁾ Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

PRAKTICKÁ ČÁST

14 Cíle, předpoklady a metody šetření

Cíl:

Cílem praktické části bakalářské práce je zjistit míru integrace mentálně postižených jedinců do společnosti. Zajímalo nás, zda klienti ústavů sociální péče ve Šluknovském výběžku se integrují do společnosti, nebo je tomu naopak. Dále nás zajímalo jaké podmínky vytvářejí jednotlivé ústavy pro své klienty. Jako vzorek pro vypracování praktické části bakalářské práce se autorka zaměřila na tři vybrané ústavy sociální péče, které mají sídlo ve Šluknovském výběžku. Konkrétně se jedná o ÚSP Horní Poustevna, ÚSP Brtníka a ÚSP Česká Kamenice.

Předpoklady:

Aby mohla být praktická část bakalářské práce napsána, musela se autorka nejdříve seznámit se základními pojmy, které jsou uvedena v části teoretické.

Byly stanoveny tyto předpoklady:

Domníváme se, že v každém z vybraných ÚSP přistupují k integraci v jiné míře.

Domníváme se, že na míře integrace závisí věk a délka pobytu mentálně postižených v ÚSP.

Domníváme se, že integrace závisí na pracovnících jednotlivých ústavů sociální péče.

Metody výzkumu

Při zpracování bakalářské práce byla využita metoda krátkodobého přímého pozorování a metoda rozhovoru.

15 Stav ve vybraných ústavech sociální péče

Jako první vzorek pro práci byl vybrán Ústav sociální péče v Horní Poustevně

15.1 Ústav sociální péče Horní Poustevna



V roce 1991 vznikl na severu Čech v Horní Poustevně ústav sociální péče pro spoluobčany s těžkým mentálním a kombinovaným postižením. Zřizovatelem je Magistrát města Prahy. V úplných počátcích vzniku fungoval tento ústav jako všechny ostatní ústavy. 110 klientů bylo ubytováno ve dvou budovách. Ubytovaní i režim bylo podobné nemocnici. V roce 1996 však došlo ke změně pohledu na člověka v ústavní péči jako na spoluobčana a následné uvědomění situace.

Základní myšlenkou změny bylo vybudování organizace, která může tomuto občanovi kvalitně sloužit, hledání cest pro ty klienty, o kterých nepochybujeme, že uvítají přiblížení k tzv. normálu a hlavně vracení klientům způsobilosti k právním úkonům. Dalším stěžejním úkolem bylo vytváření vhodného prostředí pro lidi s těžkým mentálním a kombinovaným postižením.

V již zmiňovaném roce 1996 nastoupil ÚSP transformu , ve smyslu deinstitucionalizace. Vznikla první chráněná domácnost (v Horní Poustevně č.p. 18 – šest obyvatel s nejmenším postižením, ve smyslu mentálního, se odstěhovalo do rodinného domku, o který se za pomoci asistentů začal starat – jejich životní styl se tím zásadně změnil), v té době ještě bez legislativního rámce (opory v zákoně). Celá transformace (deinstitucionalice) si dávala za úkol nejen navrátit lidi stížené institucionalizací do běžného prostředí (s větší či menší podporou asistentů), ale také:

1. ukázat společnosti (laické i odborné) , že i člověk s těžkým postižením je schopen s pomocí (asistentskou) žít v jiném prostředí než jen ústavním. Naráželo se tím na všeobecně rozšířený názor , že nejlepší možná péče (nebo specializovaná péče) se poskytuje pouze v ústavním zařízení. Realita ale bývala většinou jiná. Odborný personál byl finančně nákladný. Vycházelo se z naučeného pořekadla, „každá sanitárka byla dost sestrou a každá sestra dost doktorem“, takže ona speciální a specializovaná péče se nakonec zúžila v obstarání hygieny, stravy a ubytování, tj. nic speciálního od toho, co poskytuje běžné prostředí.
2. poukázat na fakt, že mnoho rodin nemělo šanci zvládnout postižení svého člena rodiny běžně dostupnými prostředky nabízenými na trhu. Existovaly jen ústavy a integrace do škol jen v omezené míře.

Ústav v Horní Poustevně se zaměřil při transformaci na tyto dílčí úkony:

- uvědomění si, že člověk s postižením je naším spoluobčanem
- každý člověk s postižením má mít se svými vrstevníky srovnatelnou příležitost k seberealizaci v běžném sociálním prostředí
- musíme pochopit, že i člověk s postižením může přemýšlet, může komunikovat, může se vzdělávat, může pracovat atd.

- umožníme-li postiženému člověku klasickou ústavní péčí žít životem spoluobčana – důstojným, přirozeným, nediskriminujícím, jeho sociální a životní dovednosti se za určitou dobu začnou všeobecně zlepšovat
- čím déle je člověk postižen klasickou ústavní péčí, tím menší je jeho schopnost obstát v běžném společenství.

Ústav sociální péče v Horní Poustevně se vydal cestou integrace. V roce 2005 čítá 108 klientů v 21 domácnostech ve Šluknovském výběžku. Proti začátkům v roce 1991 je to radikální změna. Jmenovaný ústav byl jedním z prvních, kde začaly vznikat vize standardů kvality sociálních služeb. Značnou měrou přispěl k jejich vzniku a obsahu.

V současné době má ústav v Horní Poustevně toto poslání:

Filozofická východiska

- člověk s postižením je naším spoluobčanem
- člověk s postižením má mít se svými vrstevníky srovnatelnou k sebeaktualizaci v běžném sociálním prostředí
- i člověk s postižením může: může přemýšlet, může komunikovat, může se vzdělávat, může pracovat atd. Člověk s mentálním postižením umí a má právo pracovat.
- umožníme-li člověku postiženému klasickou ústavní péčí žít životem spoluobčana – důstojným, přirozeným, nediskriminujícím, jeho sociální a životní dovednosti se po určitou dobu všeobecně zlepšují
- čím déle je člověk postižen klasickou ústavní péčí, tím více je rozkládána jeho schopnost (s podporou) obstát v běžném společenství

Poslání

- poskytování služeb pro sociální začlenění osob s mentálním tělesným nebo kombinovaným postižením ve věku od 3 let

Cílová skupina

- mládež a dospělí s mentální retardací nebo poruchami vývoje původem z Prahy. Původ pražský postupně ustupuje, neboť v rámci nastaveného komunitního plánování a s přechodem registrace pod kraj bude mít ústav zájem, a vždy ho měl, propojit stávající pražskou klientelu s klientelou z regionu.

Předmět činnosti

- ústavní sociální péče pro mládež a dospělé s postižením. K registraci přichází ústav s těmito službami: domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení, podporované bydlení
- sociální práce při začleňování osob s postižením do obce
- organizace a provozování třístupňového procesu - diagnostika postižení, klasifikace a popis potřeb podpory, určení druhu a intenzity podpory
- provozování a zprostředkování podpůrných služeb pro osoby s postižením v těchto adaptačních oblastech, které jsou nezbytné pro začlenění

Integrace klientů

V současné době je v ústavu 19 chráněných domácností, které jsou rozmístěny v obcích Šluknovského výběžku. Konkrétně se jedná o obce Šluknov, Vilémov a Horní Poustevna. V chráněných domácnostech nejde o klasickou rodinu, nejde totiž o pokrevní svazek, ale jde o samostatně hospodařící jednotku mimo ústav. Nejrealističtější a také nejideálnější pro skutečné začlenění je pronájem bytů, vlastní hospodaření (přesun kompetencí a odpovědnosti na další lidi –vedoucí domácnosti) v maximálním počtu osmi lidí.

V domácnostech jsou klienti s různými druhy postižení a všech věkových kategorií od věku 4 let. Každá domácnost má svou kuchyň, kde si klienti sami připravují snídaně a večeře. O víkendech si vaří celý den sami, nebo jsou alespoň přípravě jídel přítomni. V pracovních dnech jsou jim dodávány obědy od dodavatelů v místě bydliště nebo školy či zaměstnání. V každé domácnosti je umístěna pračka a klienti si perou prádlo sami. Do konce roku 2006 byla v ústavu zavedena osobní asistence. Se vznikem zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách potřebnosti, dochází ke změně a k přechodu na asistenci řízenou.

Klienti si sami určují o jaké služby a o jakou pomoc ze strany zaměstnanců mají zájem. Na současných 108 klientů připadá 90 zaměstnanců.

Ústav se snaží své klienty v maximální míře integrovat do společnosti. Snaží se nastolit klientům takový denní režim, jako mají jejich vrstevníci. Denní program by si měli, pokud to jde, (klient umí a orientuje se), určit především klienti. Děti chodí do místní speciální školy. Dospělí chodí do zaměstnání, kde vykonávají činnosti jako je například pomocná síla v kuchyni, úklid ve školách i jiných budovách. Jeden klient je zaměstnán jako školník. Chráněné dílny nepovažují v ústavu jako nejlepší způsob integrace. Postižení by se měli zapojit do běžného života mezi zdravé spoluobčany, neměli by být situováni do chráněných dílen, kde jsou jen ve společnosti pouze postižených lidí. Integrace může probíhat pouze mimo ústav, nikdy **ne** v ústavu.

Co je na fungování jmenovaného ústavu ojedinělé je skutečnost, že zaměstnanci nejsou vybíráni podle vzdělání, ale podle osobnostního profilu. Jde o to aby do rodiny „zapadli“. Nemá jít o vztah klient- zaměstnanec, ale o vztah rovnocenných partnerů. Zaměstnanci jsou vedeni k dodržování všeobecných lidských a občanských práv klientů. Respektují a obhajují právo klientů na vlastní sociální a fyzický prostor. Hledají způsoby, jak porozumět klientovi a uskutečnit jeho potřeby a přání, poskytují klientovi potřebné služby v domácnosti, která je jeho domovem. Klient dostává od zaměstnanců podporu, která ho vede k co největší možné samostatnosti a aktivnímu životu.

Druhým zkoumaným vzorkem je Ústav sociální péče v Brtníkách.

15.2 Ústav sociální péče Brtníky



Ústav sociální péče Brtníky byl založen již v roce 1961 řádovými sestrami. Od té doby prošel mnoha vývojovými stádii. V prvních letech existence ústavu byli umísťováni do ústavu mentálně postižení lidé pouze ve věku od 3 do 26 let věku. V roce 1963 byla kapacita ústavu 70 dětí. Některé v ústavu zůstaly až do věku dospělosti a jsou tam dosud.

V roce 1986 musely řádové sestry ústav opustit a byly nahrazeny tzv. „civilním“, ne vždy dostatečně kvalifikovaným, personálem.

Od roku 2003 je Ústav sociální péče Brtníky, příspěvkovou organizací Ústeckého kraje. Ústav sociální péče Brtníky je od roku 1994 členem Asociace ústavů sociální péče ČR a zároveň byl i jejím spoluzakladatelem.

Ústav tvoří pět objektů. Ve čtyřech objektech žije 71 klientů a klientek. Pátým, novým objektem, je kuchyň s jídelnou, která byla slavnostně uvedena do provozu 11.března 2005. Ústavu se podařilo docílit, že maximální počet klientů na ložnicích jsou čtyři, což není ideální stav, ale proti minulosti je to značné zlepšení.

Cílem do budoucna jsou maximálně dva klienti na ložnici. Za současného stavu se ústav snaží klientům pobyt zpříjemnit tím, že si své bydlení mohou v rámci svých možností uzpůsobit dle vlastních představ. Mohou zde mít svou elektroniku, nábytek apod.

Imobilní klienti jsou ubytováni v jednom z objektů, který je pro ně bezbariérově uzpůsoben. V nově otevřeném objektu jsou 3 chráněné byty, kde je ubytováno 16 klientů, z toho dva partnerské páry. V těchto bytech není stálá služba a klienti se o běžné denní činnosti, s výjimkou vaření, starají sami pouze za občasné asistence personálu.

Poslání ústavu

Posláním Ústavu sociální péče Brtníky je poskytovat uživatelům služeb podporu a péči takovým způsobem, aby klienti mohli žít běžným způsobem života, podporovat uživatele a motivovat je, pomoci stanovit společně reálné a uskutečnitelné cíle. Posláním ústavu je poskytovat službu klientovi v souladu s platnou legislativou a standardy sociálních služeb.

Cílová skupina

Obyvatelé ústavu jsou převážně mentálně postižení lidé s kombinovanými vadami ve věku od 3 let. Žijí zde lidé s lehkou mentální retardací až po hlubokou mentální retardaci. Lidé jsou zde plně mobilní, částečně mobilní, ale i zcela imobilní. Dále také lidé nevidomí i někteří neslyšící. Většina klientů žije v ústavu již od nejútlejšího věku.

Předmět činností ústavu

- a) poskytování celoročního či přechodného ubytování
- b) poskytování stravy
- c) pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- g) sociálně terapeutické činnosti
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Základní obory činnosti ústavu

- a) sociální péče ve smyslu integrace postižených klientů do běžného života
- b) výchova a vzdělávání s ohledem na zdravotní stav
- c) příprava klientů na eventuální zařazení do řádného pracovního procesu
- d) základní zdravotní péče
- e) rehabilitace

V současné době je v ústavu 68 klientů s mentálním postižením, kombinovaným postižením fyzickým, v některých případech i duševním. Z celkového počtu klientů je 42 mužů a 26 žen. Tento stav je již několik let stabilní, nedochází k výraznému pohybu v počtech či přesunech klientů.

O klienty v ústavu pečují 45 zaměstnanců. Z toho přímo o klienty pečují 26 zaměstnanců. Zbývající zaměstnanci zajišťují provoz kuchyně, prádelny, údržby a administrativu. Průměrný věk personálu je poměrně vysoký. Zaměstnanců mezi 41 a 60 rokem života je v ústavu zaměstnáno 35 a z toho 14ti zaměstnancům je více než 50 let.

Vedení ústavu má snahu za zaměstnance odcházející do řádného důchodu přijímat do pracovního poměru postupně mladé a pokud možno kvalifikované síly a tím udržovat kolektiv věkově různorodý.

Stávající personál se průběžně zúčastňuje různých odborných seminářů a školení. Pracovníci v přímé péči dvakrát ročně absolvují dvoudenní supervizí setkání s kvalifikovaným psychologem-supervizorem. V případě potřeby absolvují i individuální supervizi. Tím se snaží vedení ústavu eliminovat riziko vyhoření. Pro nové, ale i stávající zaměstnance jsou pro poskytování služeb základní tyto principy: dodržování lidských práv, bezpečí, empatie, komunikace, dynamika, pravidla, pohoda, tolerance, ocenění, týmová práce a etický kodex poskytovatelů sociálních služeb Šluknovska.

Prioritou ústavu je směřování činnosti klientů k postupné integraci do majoritní společnosti. Proto ústav spolupracuje s dalšími organizacemi a využívá služeb, které jsou nabízeny mimo tento ústav.

Většina klientů navštěvuje obec Brtníky, kde již někteří navázali množství osobních kontaktů. Samostatnější z klientů dojíždějí za svými aktivitami do Rumburku, Varnsdorfu a dalších obcí v okolí.

Některé z organizací se kterými ústav spolupracuje

- Praktická základní škola Gabriely Pelechové
- Speciální základní škola Šluknov
- Agentura Pondělí
- Praktická škola Varnsdorf
- Biskupské gymnázium Varnsdorf
- Speciální pedagogické centrum Rumburk
- Speciální pedagogické centrum Varnsdorf

Všechny děti ve věku 6 až 18 let si plní povinnou školní docházku. V současné době je to 8 klientů. Snahou ústavu je aby žáci navštěvovali školní zařízení mimo ústav. Děti z Ústavu sociální péče brtníky jsou vzdělávány ve Speciální základní škole ve Šluknově, v Základní praktické škole Gabriely Pelechové ve Šluknově a v Praktické škole ve Varnsdorfu. Za žáky, kteří vzhledem k zdravotnímu stavu nemohou do školy dojíždět, dojíždí dvakrát týdně dvě speciální pedagožky ze Základní praktické školy ve Šluknově.

Jedním z cílů ústavu je najít pro klienty, kterým to schopnosti a zdravotní stav umožňují, zaměstnání na volném trhu práce. V současnosti jsou mimo ústav zaměstnáni 3 klienti, další bude s největší pravděpodobností zaměstnán na jaře. Při zaměstnávání klientů spolupracuje ústav s agenturou pro podporované zaměstnávání – Agenturou Pondělí.

Pro klienty, kterým zatím nebyla zajištěna práce mimo ústav, je zajištěna práce přímo v zařízení. V současné době jsou v ústavu takto zaměstnáni 4 klienti, se kterými byla sepsána dohoda o provedení činnosti. Vizí do budoucna je zaměstnat, alespoň na částečný úvazek, na základě pracovního vztahu 17 klientů, což je 25% všech klientů ústavu.

Někteří z těchto klientů jsou zapojeni do programu sociální rehabilitace, kde se mají procvičit v dovednostech, které by jim měli usnadnit proces integrace.

Motivací klientů v tomto snažení, nejsou jenom vydělané peníze, ale i pocit uplatnění a zvýšení sebevědomí. A proto chce ústav v tomto trendu pokračovat.

Pro klienty, kteří nenavštěvují školu a nejsou zaměstnáni, vytváří ústav jiné možnosti zábavy a seberealizace. Kromě běžných denních aktivit, které s klienty provádí personál v přímé péči, mají k dispozici dva specializované zaměstnance a jednoho externistu, kteří připravují pro klienty program ve výtvarné a řemeslné dílně a také množství her a sportovních aktivit. Klienti se pravidelně účastní různých sportovních, kulturních a společenských akcí.

Zdravotní péče je klientům poskytována buďto přímo lékařkou, která ústav jednou týdně navštěvuje nebo, za doprovodu asistentů, navštěvují klienti všeobecného i odborného lékaře sami v přilehlých obcích.

Zdravotní stav klientů

	2004			2005			2006		
	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy
mobilní	49	29	20	48	29	19	48	29	19
částečně mobilní	10	7	3	10	7	3	10	7	3
imobilní	10	6	4	10	6	4	10	6	4
obyvatelé na invalid. vozíku	20	13	7	20	13	7	20	13	7
lehká mentální retardace	2	2	0	2	2	0	2	2	0
střední mentální retardace	28	14	14	27	14	13	27	14	13
těžká mentální retardace	26	7	19	26	7	19	26	7	19
hluboká mentální retardace	14	4	10	13	4	9	13	4	9
diabetici	2	2	0	2	2	0	2	2	0
Alzheimerova choroba	-	-	-	-	-	-	-	-	-
z toho mobilní	-	-	-	-	-	-	-	-	-
psychiatrická diagnóza	19	10	9	19	10	9	19	10	9
z toho alkoholici	-	-	-	-	-	-	-	-	-
tělesně postižení									

Integrace klientů

Ústav sociální péče v Brtníkách se snaží směřovat své klienty k postupné integraci do běžné společnosti. S integrací začíná už od dětí raného věku, a to docházkou do školních zařízení mimo ústav. Dále se snaží umožnit dospělým klientům žít samostatně v chráněných domácnostech. V současné době jsou v ústavu 3 chráněné byty, ale ústav uvažuje o získání dalších prostor, kde by také mohlo vzniknout několik chráněných bytů.

Ústav se snaží svým klientům, za pomoci agentury pro podporované zaměstnávání a za pomoci úřadu práce, najít zaměstnání mimo ústav. Pokud by se klienti osvědčili a dokázali sami s minimální pomocí dojíždět do zaměstnání, byli z nich vhodní adepti pro samostatné bydlení v chráněné domácnosti s asistencí. Personál ústavu se snaží soběstačným klientům pomáhat pouze v míře nezbytné a co je hlavní, pouze na klientovo požádání o pomoc. V tomto lze spatřovat slibný začátek o osamostatnění klientů o jejich budoucí soběstačnost.

Dalším zkoumaným zařízením je Ústav sociální péče v České Kamenici

15.3 Ústav sociální péče Česká Kamenice



V roce 1994 byl Okresním úřadem Děčín zřízen Ústav sociální péče Česká Kamenice, který je samostatnou příspěvkovou organizací. Po zániku okresních úřadů se stal zřizovatelem Ústecký kraj. V současné době je tedy ústav příspěvková organizace. Statutárním zástupcem organizace je ředitel, kterého jmenuje hejtman Ústeckého kraje na základě usnesení Rady.

Poslání ústavu

Posláním Ústavu sociální péče Česká Kamenice je poskytovat uživatelům služeb hlavně podporu a péči takovým způsobem, aby se mohli co nejvíce žít běžným způsobem života. Podpora uživatele znamená stanovit spolu

s ním reálné a srozumitelné cíle, motivovat je a službu vykonávat v souladu s platnou legislativou a standardy sociálních služeb.

Cílová skupina

Cílovou skupinou ústavu jsou ženy a muži ve věku od tří let s mentálním postižením převážně kombinovaným s dalšími fyzickými či smyslovými vadami. Zájemci o službu museli mít před platností zákona o sociálních službách trvalé bydliště v Ústeckém kraji. Toto se s novým zákonem změnilo

Zaměření a činnost organizace

Ústav sociální péče Česká Kamenice, poskytuje občanům s mentálním postižením komplexní péči včetně zdravotní péče, rehabilitace, výchovy a vzdělávání v rozsahu jejich schopností, kulturní a rekreační péče a umožňuje jim s přihlédnutím ke stupni postižení i přiměřené pracovní uplatnění. Péči poskytujeme formou celoročního a přechodného pobytu. V ústavu jsou klienti již od věku 3 let.

V ústavu je v současné době ubytováno 53 klientů z toho 22 žen a 31 mužů. O umístění do ÚSP rozhodoval Krajský úřad Ústeckého kraje, odbor sociálních věcí a zdravotnictví. Od ledna 2007 mají v ústavu vlastní poradníky a o novém uživateli si rozhodují sami. Veškerá legislativa přešla na ústav – kraj již nevydává rozhodnutí o úhradě, o umístění – přechází se na uzavírání smluv.

Žadatelé mají možnost si zařízení prohlédnout, jsou seznámeni se všemi druhy služeb a jejich organizací a sami se po té rozhodnout, zda využijí služeb. Při nástupu do zařízení je klientovi přidělen 1 zaměstnanec, který o klienta pečuje. Tento pracovník je klíčový a klient má možnost určit si svého klíčového pracovníka sám. K ubytování slouží hlavní budova, kde je k dispozici 19 pokojů a kde je ubytováno 45 klientů. Dále vlastní ústav jednu vedlejší budovu, která slouží jako náznak chráněného bydlení pro 8 klientek. V budově jsou 4 dvojlůžkové pokoje. Ústav také poskytuje krátkodobé pobyty klientům, o které se starají jejich rodiče a potřebují takto řešit momentální situaci, např. pobyt v nemocnici.

Hlavní budova slouží a funguje jako klasický ústav nemocničního typu. Klienti jsou ubytováni na dvou pokojích po čtyřech, dále v šesti třílůžkových pokojích, v osmi pokojích dvojlůžkových a ve třech jednolůžkových pokojích. Dostává se jim kompletní péče a pomoci 13 zdravotnic a 2 pracovníci sociální péče. Ve velké budově ústav nefunguje jako rodina. Toto je způsobeno hlavně tím, že ústav byl postaven již za éry, kdy byly bohužel ústavy takto chápány. Ústav se snaží dle zavádění standardů mnoho věcí vylepšovat a měnit, pracují na spoustě věcí, bohužel, jsou do jisté míry omezeni stavbou této budovy, nařízením hygieny, bezpečností provozu. Klienti nevidí jak se připravují snídaně, obědy ani večeře. Dostanou se k hotovému. Jediné, co si sami vykonávají, je úklid osobních věcí a pokojů. Je důležité jakou mírou jsou klienti postiženi a z toho se odvíjí, jakou mírou je jim při výkonu úklidu nápomocen personál.

Pouze v malé budově se snaží vytvořit dojem rodiny. Klienti si zde sami chodí si nakoupit potraviny, připravují snídaně a večeře, s obědem jim pomáhá asistentka a nebo je jim oběd zajištěn v hlavní budově. Klienti z budovy, která je zároveň chráněným bydlením, chodí do zaměstnání. Nejde o standardní zaměstnání, ale spíše o pracovní rehabilitaci. Klienti pracují na všech úsecích ústavu, např. v prádelně, kuchyni, zahradě a pomáhají i při pomocných, většinou úklidových pracech, na odděleních ústavu.

V současné době se ústav snaží zapojit samostatnější klienty do pracovního procesu za spolupráce agentury „Osmý den“ a se sdružením „Jurta“ v Děčíně – Nebočadech. V roce 2004 - 2005 vykonával 1 klient pracovní zácvik v ZOO Děčín, kde pomáhal přímo při ošetřování některých zvířat. Další zácvik pak prováděl přímo ve sdružení Jurta. Klient měl přiděleného svého asistenta, se kterým velmi úzce spolupracoval. Klient se postupně učil samostatnosti, např. při dojíždění do zaměstnání. Tato dobrá spolupráce byla přerušena po dobu rekonstrukce ústavu. Nyní je spolupráce znovu navázána. Jeden z klientů nastoupil do zaměstnání a další čtyři dojíždějí na pravidelné konzultace

Po stránce zdravotní je o klienty postaráno velice kvalitně. O klienty pečuje celodenně 13 zdravotnic, dále pak dva pracovníci sociální péče. Většina zdravotní péče je poskytována klientům ústavu v místní poliklinice. Do ústavu dochází 1x týdně praktický lékař, 1x měsíčně neurolog a psychiatr.

Zdravotní stav klientů

	2004			2005			2006		
	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy
mobilní	44	24	20	21	24	19	42	24	18
částečně mobilní	11	7	4	11	7	4	11	7	4
imobilní	-	-	-	-	-	-	-	-	-
obyvatelé na invalid. vozíku	3	2	1	3	2	1	3	2	1
lehká mentální retardace	7	4	3	7	4	3	7	4	3
střední mentální retardace	19	8	11	18	8	10	17	8	9
těžká mentální retardace	23	16	7	23	16	7	23	16	7
hluboká mentální retardace	6	3	3	6	3	3	6	3	3
diabetici	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alzheimerova choroba	-	-	-	-	-	-	-	-	-
z toho mobilní	-	-	-	-	-	-	-	-	-
psychiatrická diagnóza	55	31	24	54	31	23	53	31	22
z toho alkoholici	-	-	-	-	-	-	-	-	-
tělesně postižení	11	7	4	11	7	4	11	7	4

Vzdělávání a výchovu v ústavu zajišťují 2 kvalifikované vychovatelky a 1 pracovník sociální péče. Individuální výchovná činnost je zaměřena na veškeré výchovy - rozumová, smyslová, pracovní. Ústav úzce spolupracuje se Speciální školou v České Kamenici, kde se vzdělávají někteří klienti.

Personál je v tomto ústavu vybírán podle vzdělání, které není vždy předpokladem k dobré spolupráci mezi klientem a zaměstnancem. V ústavu nejde o rovnocenný vztah dvou lidí, ale o vztah klient-zaměstnanec. Vzhledem k tomu, že dochází k celkové reformě v sociálních službách, musí si personál mnohdy získat nové návyky a nový náhled. Probíhá vzdělávání pracovníků, povinné kurzy pracovníků sociální péče.

Integrace klientů

Ústav sociální péče má velkou výhodu svým umístěním, neboť leží uprostřed města v památkové zóně. Klienti ústavu chodí nejen na vycházky po městě, ale posedí si v cukrárně při kávičce. Stalo se zvykem zajít při slavnostních příležitostech na večeři do restaurace. Navštěvují různé výstavy v galerii a další akce pořádané ve městě. Klienti navštěvují divadlo, ústav pro ně pořádá výlety, besedy a výstavy. Při organizování výletů spolupracuje ústav s občanským sdružením Slunečnice. Občané města klienty znají a respektují je. Ústav se snaží rozvíjet podporované zaměstnávání, které může vést až k bydlení s asistencí. S tím souvisí samostatné dojíždění, lepší orientace v okolí a poznání hodnoty peněz.

Pro rodiče a příznivce ústavu se pořádá Den otevřených dveří, který se koná vždy 2.květnovou neděli u příležitosti Svátku matek. Klienti vyrobí dárečky a nacvičí několik vystoupení, kterými se velmi rádi pochlubí. Obě strany se na tato setkání těší a plně si je užívají.

16 Postoj společnosti k mentálně retardovaným

16.1 Rozdělení společnosti

Naše společnost by se, dle zjištěných poznatků, dala rozdělit podle reakcí na postižené spoluobčany do pěti skupin. Tyto skupiny jsou pracovní nazvány - posměváčci, ignoranti, pozorovatelé, litující a zdravá skupina.

16.2 Posměváčci

Do této skupiny se řadí lidé, kteří se postiženým vysmívají, dělají si z nich legraci, využívají toho, že nemocní nepoznají to, že jde o posměch, škodolibost a nepřátelství. Je známo, že se postižení lidé rádi seznamují, a při tom nezáleží na věku. Dospělí jedinci se často chovají jako děti.

Postižený člověk nemůže přijímat všechny informace, které se v jeho okolí nabízejí, resp. je nemůže přijímat standardním způsobem. Jeho představa o světě je jiná, chudší a méně přesná.⁹⁾ Posměváčci mají radost z bezmocnosti postižených, vytváří jim různé překážky pro vlastní pobavení. Jednoduše řečeno jim dělá radost ubližovat, i když ne fyzicky, postiženým lidem.

16.3 Ignoranti

Do této skupiny se řadí lidé, kterým vadí společnost postižených lidí, vadí jim ta skutečnost, že postižení vůbec jsou. Postižení je obtěžují. Tito lidé postižené ignorují, straní se jich. Tváří se a chovají tak, jako by se jich štilili, nebo ještě hůře, chovají se tak, jako by postižení vůbec nebyli.

V časopise Reflex dokonce napsali, že sociální ústav v Horní Poustevně vzbudil mezi místními mohutný odpor, a to jen proto, že klienti ústavu už nejsou

⁹⁾ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: Dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

zavření, ale chodí volně po vesnici.¹⁰⁾ Většinou chování ignorantů pramení z nevědomosti a neznalosti. Při bližším poznání postiženého by došlo ze strany hodnotitele k jeho “přeřazení” nebo přechodu do jiné z uváděných skupin. Tento přechod by velmi závisel na povaze člověka a podle druhu povahy, by došlo k přechodu do horší nebo lepší skupiny.

16.4 Pozorovatelé

Této skupině lidí postižení nevadí, ale nevědí, co od nich mohou očekávat. Sledují, jak se chová okolí a snaží se chovat stejně. Napodobují chování okolí. Když zjistí, že jim od postižených nehrozí žádné nebezpečí, chovají se k nim vstřícně. Tito lidé očekávají od postižených skrytá nebezpečí. Nepocítují však k postiženým odpor, ani je neberou jako zdroj svého pobavení. U pozorovatelů se dá očekávat, že po bližším poznání postiženého člověka, přejdou do zdravé skupiny.

16.5 Litující

Do této skupiny patří lidé, kteří se snaží postiženým přespříliš pomáhat. Svým chováním a snažením pomáhat, dávají najevo, i když nevědomě, že jsou postižení méněcenní a neschopní se o sebe postarat.

Tito lidé mají potřebu postiženým za každou cenu pomáhat, podceňují jejich schopnosti. V jejich podání by se láska k bližnímu (v tomto případě vztah k postiženému), dala nazývat “opičí láskou”. Postižení lidé jsou předmětem soucitu, protože je potkalo neštěstí, vesměs zcela bez vlastního zavinění.¹¹⁾

¹⁰⁾ REFLEX: *společenský týdeník*. č. 51/52 (prosinec 2003). Praha: Ringier ČR, a.s., 2003. Vychází měsíčně. ISSN 0862-6634.

¹¹⁾ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

16.6 Zdravá skupina

Tato skupina lidí je pro práci s postiženými nejvhodnější skupinou. Tito lidé berou postižené jako sobě rovné, nedávají jim najevo, že jsou "jiní". Nevysmívají se jim, nepřehlíží je. Ve většině případů vzniká mezi lidmi ze zdravé skupiny a postiženými přátelství. Postižení dávají najevo velké emoce.

16.7 Pohled z hlediska terapeuta

Pro terapeuty a jejich práci je nejvhodnější zdravá skupina, protože lidé z této skupiny jednájí se všemi na rovinu. Často se stává, že společnost se chová špatně i k terapeutům. Lidé nechápou vztah mezi terapeutem a postiženým. V tomto případě záleží na tom, z jaké skupiny lidé jsou.

Velice často se stává, že lidé terapeuty přirovnávají k postiženým. Společnost nesoudí jen postižené, ale i terapeuty. Nejen terapeuti uvádějí, že postižený jedinec má velmi málo privilegií (běžných u jiných nemocí), je mu přisuzováno více negativních vlastností, je více odmítán, a proto má větší tendenci k izolaci od zdravé populace. Do této kategorie patří především mentálně retardovaní a duševně nemocní, jejichž postižení nejvíce ovlivňuje právě psychickou složku.¹²⁾

Bylo zjištěno, že ani sami terapeuti nevědí, jak nejlépe postižené pojmenovat. Z odborného hlediska se jedná o svěřence ústavu, pro okolí jsou nazýváni klienty, ale terapeuti většinou používají pojmenování holky a kluci, nebo hromadně děcka. Toto zjištění potvrzuje i výrok pana Michala Chába, bývalého ředitele sociálního ústavu v Horní Poustevně, uvedený ve článku časopisu Reflex. "Mě štve už jen to slovo klient. Je to taková móda. Já jim říkám prostě děcka."¹³⁾ Správný terapeut boří bariéry mezi postiženými a společností.

¹²⁾ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

¹³⁾ REFLEX: *společenský týdeník*. č. 51/52 (prosinec 2003). Praha: Ringier ČR, a.s., 2003. Vychází měsíčně. ISSN 0862-6634.

16.8 Obecné projevy postižených

Postižení se většinou projevují spontánně, nemají zábrany, nevidí na sobě nic odlišného, nic špatného, sami nikoho neodsuzují. Postižení jsou odsuzováni okolím a společnost těchto lidí často zneužívá (posměch, škodolibost). Mezi postiženými jsou i jedinci, kteří jsou postiženi jen natolik, že dokáží žít sami a snaží se začlenit do společnosti. Nejhorší je pro postižené setkání s lidmi z první nebo druhé výše uvedené skupiny. Postižení nedokážou pochopit nevhodné chování vůči nim. Pokud dojde ke konfliktu stáhnou se do sebe. V tomto okamžiku nastává pro terapeuta velký problém. Znovu postiženého přesvědčit, že nejsou všichni lidé stejní. V těchto chvílích se terapeuti snaží být oporou, snaží se vysvětlit, proč k problému došlo, a že se dotýčný choval nevhodně. Setkání postiženého s lidmi z ostatních třech skupin je pro něj přínosem. Pro tyto lidi, by se postižení "rozdali", jsou srdeční a velice přátelští. Pro postižené je velmi dobré, když jim okolí nedává najevo, že jsou "jiní".

17 Postižení ve společnosti

Postižení lidé, když chtějí zapadnout do společnosti, berou to velice zodpovědně, jsou přátelští a snaží se přátelit. Při setkání s lidmi nepočítají s bariérou mezi nimi a společností. Jejich reakce na bariéry jsou různé. Od mala jsou zvyklí na terapeuty, kteří se chovají vstřícně a přátelsky, proto je pro ně šok, když někdo reaguje negativně.

O negativní reakci společnosti na postižené mimo ústav napsali v časopise Reflex, kde je uvedeno, že sociální ústav v Horní Poustevně vzbudil mezi místními tak mohutný odpor a to jen proto, že klienti ústavu už nejsou zavření, ale chodí po vesnici. Postižení nejsou agresivní a ublížili by jen v sebeobraně. Nechápu, co je násilí. Nežijí ve zlobě a intrikách. Tyto dva pojmy se jim velice špatně vysvětlují. Často se terapeuti cítí ve společnosti postižených bezpečněji, než-li ve společnosti ostatních lidí. Stejně jako u zdravých lidí, vede ke každému postiženému jiná cesta. Nelze je "házet do jednoho pytle".

18 Postižení v ústavech

V současné době se ústavy snaží vytvářet podmínky pro postižené shodné s podmínkami, které jsou běžné v rodinném životě. Postižení jsou rozděleni do menších skupinek, chodí "do práce", mají své povinnosti. Tyto povinnosti záleží na jejich schopnostech a rozsahu postižení. Mezi jejich povinnosti patří například uklízení, vaření a výroba jednoduchých předmětů v chráněných dílnách. Je pro ně úžasné, když je někdo pochváli a dostanou odměnu za vykonanou práci. Pracují rádi a je pro ně nepochopitelné, že je o víkendech jejich dílna zavřená. V menších skupinách je lepší spolupráce terapeuta a postiženého. Terapeut lépe zná jejich povahy a nedostatky. Snaží se vylepšovat a rozvíjet činnosti, ve kterých postižený vyniká. Toto vše závisí hlavně na terapeutovi, kolik jim věnuje času a na jeho vztahu k postiženým. V současné době se stát snaží co nejvíce postižených umístit v normální společnosti. Většina postižených dětí chodí i do škol – speciálních.

19 Shrnutí

Pro bakalářskou práci byly stanoveny tyto předpoklady:

Domníváme se, že v každém z vybraných ÚSP přistupují k integraci rozdílně.

Pro porovnání způsobu výkladu pojmu integrace byla použita tři zařízení – Ústav sociální péče v Horní Poustevně, Ústav sociální péče v České Kamenici a Ústav sociální péče v Brtníkách.

Nejlépe si pojem integrace „vykládal“ ústav v Horní Poustevně. Ústav zřídil několik chráněných domácností, kde se lidé s mentálním postižením učí žít a fungovat jako rodina. Vše bylo na nejlepší cestě. V současné době však ústav ve vizi své koncepce transformování se do samostatných chráněných domácností, které budou fungovat jako samostatné ekonomické i svébytné jednotky, stagnuje. Současné vedení není na transformaci zaangažováno od

prvopočátku tj. od roku 1996, tak možná proto patrně nechápe význam, že integrace se nedá dělat v ústavním zařízení.

Ustala práce s asistenty nad vymezením rozdílů mezi pomocí, podporou a péčí a zaopatřením. Přestala se s klienty individuálně plánovat péče s cílem, který je v souladu s obecnými cíli sociálních služeb (tj. zamezení sociálního vyloučení.) Klienti jsou znovu ve jménu hygieny a ostrakizace doprovázeni asistenty i v úkonech a činnostech, které již sami zvládali.

Chráněné domácnosti v konečném důsledku inklinují v klasické „skupiny“. Už nejde o členy rodiny, ale o kolektiv.

Klient se opět stává návštěvníkem ve své domácnosti, potažmo objektem péče, která deklarovaná jako „láskyplné pečování“, které jen neuměle zakrývá fakt, že o svobodné vůli se u „láskyplně opečovávaných klientů“ nedá hovořit. Ústav dospěl do stádia, kdy již nejde o skutečnou integraci, ale pouze o hru na integraci.

Realizovat pojem integrace se snaží i Ústav sociální péče v Brtníkách. Vedení i zaměstnanci ústavu se svého úkolu zhostili velice zodpovědně. Z jejich přístupu ke svým klientům je patrné, že jim jde opravdu o to, aby co nejvíce mentálně postižených našlo své místo v majoritní společnosti.

Budovy, které má ústav k dispozici jsou koncipovány v duchu „klasického ústavu“. Jsou z doby, kdy ještě převládal fenomén vyčlenění postižených mimo společnost a jejich umístění do ústraní (do ústavů). Tento ústav zřídil pro své klienty v jednom z objektů tři chráněné byty. Nejde o úplně ukázkové chráněné bydlení, ale i snaha se cení. Klienti v těchto bytech jsou téměř soběstační, nepotřebují stálý dohled personálu. Ústav si stanovil společně s klienty reálné cíle, kterých se snaží dosáhnout. Jedním z cílů je poskytnout klientům podporu a péči, aby se tito mohli integrovat do společnosti a žít běžným způsobem života.

O integraci se pokouší i Ústav sociální péče v České Kamenici. Vzhledem k tomu, že tento ústav vlastní pouze jeden objekt, kde je chráněná domácnost, dá se hovořit o tom, že jde zatím pouze o pokus o integraci. Klienti

této domácnosti jsou pod stálým „dohledem“ pracovníků ústavu. Velkou chybou je, že domácnost se nachází v těsné blízkosti hlavní budovy. Klienti sami chodí do města za přáteli, chodí si nakoupit a navštěvují kulturní zařízení. Dále si sami připravují snídaně a večeře, ale tímto jejich integrace končí.

Vzhledem k tomu, že jde o dospělé klienty není zde integrace do školských zařízení. Žádný z klientů není zaměstnán mimo ústav. Jejich volný čas je koordinován a upravován ze strany pracovníků ústavu. „Ano můžete dělat to co chcete, ale pouze tak, jak vám to povolíme my.“ Většinu činností, které v této chráněné domácnosti vykonává personál, by klienti zvládli sami.

V tomto ústavu ještě nejsou zcela připraveni nechat klienty svobodně se rozhodovat, ale stále mají tendenci o ně „pečovat“ a tuto péči nazývají asistencí. Nejde však o asistenci v pravém slova smyslu, jde o neustálý dohled nad klienty. Téměř veškerý personál v České Kamenici tvoří zdravotníci a na tomto základě nelze provádět integraci.

Předpoklad, že v každém z vybraných ústavů přistupují k integraci rozdílně, se potvrdil.

Domníváme se, že na míře integrace závisí věk a délka pobytu mentálně postižených v ÚSP.

Je všeobecně známo, že „zvyk je železná košile“. Zvláště toto pořekadlo platí u mentálně postižených lidí, kteří mají sklon ke stereotypu. Mentálně postižení jedinci bývají pasivnější a více závislí na zprostředkování informací z okolí. Je pro ně náročná i orientace v běžném prostředí, svět je pro ně méně srozumitelný. Důsledkem toho je silnější závislost na jiném člověku, který se stává prostředníkem mezi postiženým a vnějším světem. Změna návyku nebo přizpůsobení nové situaci činí mentálně postiženým značné potíže. Jedním z typických rysů mentálně postižených je určitá poznávací pohodlnost, učení něčemu novému pro ne není příliš atraktivní. Pojmem integrace je široce uznávaný ideál novodobé sociální práce, se kterým začínají ústavy pracovat až v několika posledních letech, proto klienty, kteří jsou nyní v pokročilém věku, je těžké integrovat.

Z tohoto jednoznačně vyplývá, že pokud byla osoba s mentálně postižením umístěna v ústavu již od ranného dětství, a tím je myšleno v „typickém“ ústavním zařízení, kde se veškeré zaopatření dostávalo klientovi ze strany ošetřovatelů a pečovatelek, je potřeba integrace takového člověka nulová. Pro mentálně postiženého, který nebyl od dětství veden k samostatnosti ani k sebeobslužnosti, je velice složité se začít „starat“ sám o sebe. Ani ze strany pracovníků ústavu není prioritní začleňovat takovéto klienty do běžné společnosti. Míra integrace je u klientů, kteří jsou v ústavech od dětství, minimální.

Předpoklad, že na míře integrace závisí věk a délka pobytu mentálně postižených v ústavech se také potvrdil.

Posledním předpokladem práce bylo:

Domníváme se, že integrace závisí na pracovnících jednotlivých ústavů sociální péče.

Jak už bylo uvedeno v teoretické části práce, integrace je úplné začlenění do společnosti, jde o snahu o začleňování sociálně nebo zdravotně znevýhodněných lidí do společnosti, včetně pracovního začlenění. Mezi hendikepovanými a nehendikepovanými má vzniknout partnerský vztah.

Z provedeného pozorování v jednotlivých ústavech vyplynulo, že většina personálu jsou dosluhující pracovníci z doby, kdy byli postižení „odsouváni“ do ústavů, aby nebyli „na očích“. Poskytoval se jim veškerá péče. Většina personálu jsou zaměstnanci, kteří v ústavu pracují řadu let a jejich věková hranice překročila věk 40ti let.

Dle názoru autorky nelze provádět integraci s personálem, který si dosud neosvojil nové návyky a nezískal nový náhled na poskytování sociálních služeb. Tito pracovníci jsou stále přesvědčeni o tom, že mentálně postižený člověk není schopen samostatného života, a že potřebuje stálou pomoc a nepřetržitý dohled. Tento trend přetrvává především v Ústavu sociální péče v České

Kamenici. V tomto ústavu pracují především zdravotníci, kteří mají tendenci klienty „opečovávat“, nejedná se o rovnocenný vztah dvou lidí, ale o vztah klient-zaměstnanec. Klient zde nemá volnost pro seberealizaci a tudíž nelze hovořit o integraci

V Ústavu sociální péče v Brtníkách je průměrný věk pracovníků také poměrně vysoký. Vedení tohoto ústavu se však snaží nahrazovat zaměstnance, kteří odcházejí do důchodu, mladými lidmi s patřičným vzděláním. Současný personál se snaží formou školení pochopit nový trend začleňování postižených do společnosti. Prioritou ústavu je postupná integrace postižených do společnosti. Dle autorky je v tomto ústavu integrace na dobré cestě.

Nejlépe je personálně vybaven Ústav sociální péče v Horní Poustevně. Zaměstnanci do toho ústavu nejsou sice vybíráni podle vzdělání, ale podle osobnostního profilu. Jde jim o to aby nešlo o vztah zaměstnanec – klient, ale o to aby zaměstnanec „zapadl“ do rodiny, aby šlo o vztah rovnocenných partnerů. Zaměstnanci jsou poměrně mladí a jsou vedeni k dodržování všeobecných lidských a občanských práv klientů. Autorka při návštěvě tohoto ústavu měla dojem, jako by navštívila běžnou rodinu. Integrace v tomto ústavu je na nejvyšší úrovni ze všech sledovaných ústavů.

Předpoklad, že integrace závisí na pracovnících jednotlivých ústavů sociální péče, se potvrdil.

20 Závěr

Oboustranně zvládnuté začlenění mentálně postižených do společnosti odborně nazvané integrace, je pojem, který se v současné době skloňuje ve všech pádech. Společnost pomalu spěje k poznání, že osobám mentálně postiženým je potřeba poskytnout důstojný život v majoritní společnosti. Tento fenomén je opakem segregace, kdy lidé s mentálním postižením byli ze společnosti izolováni. Ne vždy byla tato izolace chybou ze strany majoritní

společnosti. Někteří postižení jedinci neměli potřebu a nebo nebyli schopni vytvářet a udržovat vztahy s ostatními lidmi.

Práce a život s lidmi s mentálním postižením je pro nás „zdravé“ velkým obohacením. To by mohli potvrdit všichni ti, kdo s mentálně postiženými pracují a mají s nimi nějaké zkušenosti. Mentálně postižení lidé a lidé bez postižení by si měli být vzájemnými učiteli. Mentálně postižení nás učí vnímat život v jeho podstatě, učí nás poslouchat to co je nevyslovitelné, učí nás mít čas, učí nás hlouběji vnímat hodnotu, kterou má člověk, učí nás trpělivosti, učí nás nebát se, učí nás radovat se i z maličností, učí nás přijímat sami sebe, učí nás přijímat lidi okolo sebe, učí nás prohrávat, učí nás překonávat vlastní stereotypy, učí nás ztrácet, učí nás odvaze, vedou nás ke svobodě, kterou má každý člověk v srdci.

V první řadě by se o integraci mentálně postižených měla snažit rodina, do které se takový člověk narodí. V současné době již mnoho rodin zvládá péči o postižené dítě, ale jsou i případy, kdy postižené dítě končí v péči ústavů sociální péče. Ústavy se více či méně snaží o výchovu, vzdělávání mentálně postižených. Pečují o ně a snaží se je integrovat do běžné společnosti.

O tom, jak se jednotlivé ústavy k integraci postavily pojednává první polovina praktické části této bakalářské práce. Pro porovnání způsobu výkladu pojmu integrace byla použita tři zařízení – Ústav sociální péče v Horní Poustevně, Ústav sociální péče v České Kamenici a Ústav sociální péče v Brtníkách.

Nejlépe si pojem integrace „vykládal“ ústav v Horní Poustevně. Ústav zřídil několik chráněných domácností, kde se lidé s mentálním postižením učí žít a fungovat jako rodina. Vše bylo na nejlepší cestě. V současné době však ústav ve vizi své koncepce transformování se do samostatných chráněných domácností, které budou fungovat jako samostatné ekonomické i svébytné jednotky, stagnuje. Současné vedení není na transformaci zaangażováno od prvopočátku tj. od roku 1996, tak možná proto patrně nechápe význam, že integrace se nedá dělat v ústavním zařízení.

Ustala práce s asistenty nad vymezením rozdílů mezi pomocí, podporou a péčí a zaopatřením. Přestala se s klienty individuálně plánovat péče s cílem, který je v souladu s obecnými cíli sociálních služeb (tj. zamezení sociálního vyloučení.) Klienti jsou znovu ve jménu hygieny a ostrakizace doprovázeni asistenty i v úkonech a činnostech, které již sami zvládali.

Chráněné domácnosti v konečném důsledku inklinují v klasické „skupiny“. Už nejde o členy rodiny, ale o kolektiv.

Klient se opět stává návštěvníkem ve své domácnosti, potažmo objektem péče, která deklarovaná jako „láskyplné pečování“, které jen neuměle zakrývá fakt, že o svobodné vůli se u „láskyplně opečovávaných klientů“ nedá hovořit. Ústav dospěl do stádia, kdy již nejde o skutečnou integraci, ale pouze o hru na integraci.

Realizovat pojem integrace se snaží i Ústav sociální péče v Brtníkách. Vedení i zaměstnanci ústavu se svého úkolu zhostili velice zodpovědně. Z jejich přístupu ke svým klientům je patrné, že jim jde opravdu o to, aby co nejvíce mentálně postižených našlo své místo v majoritní společnosti.

Budovy, které má ústav k dispozici jsou koncipovány v duchu „klasického ústavu“. Jsou z doby, kdy ještě převládal fenomén vyčlenění postižených mimo společnost a jejich umístění do ústraní (do ústavů). Tento ústav zřídil pro své klienty v jednom z objektů tři chráněné byty. Nejde o úplně ukázkové chráněné bydlení, ale i snaha se cení. Klienti v těchto bytech jsou téměř soběstační, nepotřebují stálý dohled personálu. Ústav si stanovil společně s klienty reálné cíle, kterých se snaží dosáhnout. Jedním z cílů je poskytnout klientům podporu a péči, aby se tito mohli integrovat do společnosti a žít běžným způsobem života.

O integraci se pokouší i Ústav sociální péče v České Kamenici. Vzhledem k tomu, že tento ústav vlastní pouze jeden objekt, kde je chráněná domácnost, dá se hovořit o tom, že jde zatím pouze o pokus o integraci. Klienti této domácnosti jsou pod stálým „dohledem“ pracovníků ústavu. Velkou chybou je, že domácnost se nachází v těsné blízkosti hlavní budovy. Klienti sami chodí

do města za přáteli, chodí si nakoupit a navštěvují kulturní zařízení. Dále si sami připravují snídaně a večeře, ale tímto jejich integrace končí.

Vzhledem k tomu, že jde o dospělé klienty není zde integrace do školských zařízení. Žádný z klientů není zaměstnán mimo ústav. Jejich volný čas je koordinován a upravován ze strany pracovníků ústavu. „Ano můžete dělat to co chcete, ale pouze tak, jak vám to povolíme my.“ Většinu činností, které v této chráněné domácnosti vykonává personál, by klienti zvládli sami.

V tomto ústavu ještě nejsou zcela připraveni nechat klienty svobodně se rozhodovat. Stále mají tendenci o ně „pečovat“ a tuto péči nazývají asistencí. Nejde však o asistenci v pravém slova smyslu, jde o neustálý dohled nad klienty. Téměř veškerý personál v České Kamenici tvoří zdravotníci a na tomto základě nelze provádět integraci.

Do 30. června 2007 se musí ústavy registrovat u svých zřizovatelů a ponesou název, který jim určuje nový zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, domovy pro osoby s postižením. Nový název nezaručuje změnu k lepšímu. Patrně i nadále půjde jen o ústavní zařízení, které se pouze jako domov jmenuje.

21 Návrh opatření

Integrace vyjadřuje úplné začlenění jedinců s postižením do pracovního a společenského prostředí bez potřeby dalších zvláštních opatření. Jedinec se účastní veškerých společenských činností. Integrace mentálně postižených je potřebná. Autorka bakalářské práce se domnívá, že není možná integrace v ústavech. Mentálně postižení, kteří jsou umístěni v ústavech, mají podobné problémy, proto si lépe rozumí a nemají potřebu se vmísit do společnosti. Tímto způsobem vzniká jejich izolace, která není předpokladem pro integraci do společnosti.

Skutečnou pomocí pro lidi s mentálním postižením je podpořit je na cestě k samostatnému životu tak, aby už více nepotřebovali cizí pomoc, anebo aby jí potřebovali pouze v minimální míře. Základní stavební jednotkou pro integraci je chráněné bydlení. Chráněné bydlení je druh sociální pomoci nabízející lidem s mentálním postižením trvalý a vlastní domov, ve kterém mohou vést samostatný život. To znamená, že mohou žít samostatně v bytě nebo rodinném domě za žádané pomoci asistenta. Posláním naší společnosti by mělo být nabídnout postiženým lidem domov v chráněných domácnostech, které jim zaručí adaptaci na nové životní podmínky v oblasti sociálních i individuálních dovedností potřebných pro samostatný život.

Dalším z cílů by mělo být rozvíjet jejich osobnosti, rozvoj jejich vzdělání, schopností a zručnosti, poznávání jejich předností. Pomoc při naplňování jejich potřeb. Zlepšení životních podmínek, které přispívají k rozvoji jejich osobnosti. Hlavním úkolem společnosti by měla být integrace mentálně postižených do společnosti, eliminace jejich sociálního vyloučení, zvyšování šancí o zapojení se do společenského života ve více úrovních a respektování jejich důstojnosti a lidských práv. Také by naše společnost měla zlepšit informovanost v oblasti problematiky mentálně postižených.

Velkým přínosem pro splnění úkolu integrace je účinnost nového zákona o sociálních službách, kde je taxativně vyjmenováno jak by měla vypadat poskytovaná sociální služba. Dále tento zákon zásadně mění skutečnost, která dosud platila. Touto skutečností je změna příjemce příspěvku na péči. Dosud se příspěvek vyplácel zařízení, které poskytovalo klientovi službu. Od ledna 2007 bude příspěvek na péči poskytnut osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci a tato osoba si sama určí komu a za jakou sociální službu zaplatí. Tato skutečnost je dle autorky zlomová v integraci mentálně postižených do společnosti. Zejména lidé s lehčí formou postižení si budou moci rozhodovat sami o sobě, o tom kterou službu od koho budou požadovat.

Dále se autorka domnívá, že nový zákon přinese komplikace pro ústavy. Jak již bylo uvedeno, zákon taxativně vyjmenovává jak mají sociální služby

vypadat, a ne všechny ústavy budou schopny tyto požadavky splnit. Hlavní problém spatřuje autorka v personálním obsazení, kdy zaměstnanci musí splňovat podmínku odborné způsobilosti k výkonu povolání sociálního pracovníka.

Hlavním předpokladem pro integraci mentálně postižených by měla být snaha okolí pomoci těmto lidem zapojit se do každodenního dění. Měly by „zmizet“ ústavy v podobě jaké jsou dnes a spíše je nahradit stacionáři, kde by se mentálně postiženým poskytovala komplexní péče v duchu ucelené rehabilitace. Tato zařízení by měla zajišťovat péči v oblasti sociální, výchovně vzdělávací a zdravotní. Měla by zajišťovat odbornou činnost detekční, diagnostickou, terapeutickou, rehabilitační, respitní, výchovně vzdělávací, zájmovou, poradenskou, metodickou, posudkovou a preventivní, včetně tzv. rané péče (podpory). Cílem poskytované péče by mělo být dosažení optimálního vývoje každého jednotlivého klienta, jeho maximální možné soběstačnosti a integrace v jeho přirozeném sociálním prostředí, tedy především v rodině. Služby by měly být zaměřeny nejen na jedince s postižením, ale zároveň i na jeho rodinu. Postižené děti by dle autorky měli větší šanci na integraci do společnosti, pokud by zůstaly v rodině a za pomoci rodiny se naučily samostatnosti. Rodina za pomoci odborníků by měla napomáhat postiženým k jejich žádoucímu začlenění do společnosti v přirozeném sociálním prostředí.

22 Seznam použitých informačních zdrojů

- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.
- MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: Dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
- ŠVARCOVÁ, I., *Mentální retardace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7
- REFLEX: *společenský týdeník*. č. 51/52 (prosinec 2003). Praha: Ringier ČR, a.s., 2003. Vychází měsíčně. ISSN 0862-6634.
- MICHALOVÁ, Z., *Speciální pedagogika 1. díl, Terminologická vymezení*. 1. vyd. Liberec: TUL, 2006. ISBN 80-7372-109-0.
- Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.
- Webové stránky:
<http://www.uspck.cz>
<http://www.ustavhp.cz>
<http://www.uspbrtniky.cz>